

**KARTA OCENY WNIOSKU O ZWROT KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY  
NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Nr wniosku .....

Data złożenia wniosku ..... data skompletowania wniosku .....

Pracodawca: .....

Prowadzący działalność w zakresie: .....

Adres siedziby: .....

Wnioskowana kwota środków: .....

(słownie: .....)

Liczba i rodzaj tworzonych stanowisk pracy: .....

Lokalizacja zakładu, w którym zostaną utworzone refundowane stanowiska pracy:

.....

Rodzaj proponowanego zabezpieczenia: .....

**PROTOKÓŁ OCENY WNIOSKU PRZEZ KOMISJĘ  
DS. ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW**

Data: .....

1 – Przewodniczący Komisji: .....

.....

2 – Pracownik Stanowiska ds. Przedsiębiorczości: .....

.....

3 – Pracownik Działu Pośrednictwa Pracy i Poradnictwa Zawodowego: .....

.....

4 – Radca Prawny Urzędu: .....

.....

**Komisja dokonała oceny wniosku:**

<b>OCENA FORMALNA</b>		
<b>LP.</b>	<b>KRYTERIA OCENY</b>	<b>LICZBA PUNKTÓW</b>
1.	Pracodawca spełnia warunki formalne ubiegania się o refundację spełnia (1 pkt) / nie spełnia (0 pkt)	
2.	Pracodawca spełnia warunki do udzielenia pomocy de minimis ze względu na rodzaj i intensywność pomocy ze środków publicznych spełnia (1 pkt) / nie spełnia (0 pkt)	
3.	wniosek (w tym przedstawiona dokumentacja wnioskowa) spełnia wymogi formalne (jest kompletny, prawidłowo sporządzony) spełnia (1 pkt) / nie spełnia (0 pkt)	
4.	wniosek (w tym przedstawiona dokumentacja wnioskowa) jest sporządzony poprawnie pod względem rachunkowym spełnia (1 pkt) / nie spełnia (0 pkt)	
5.	spełnianie przez osoby niepełnosprawne zarejestrowane w Urzędzie określonych przez Pracodawcę we wniosku wymagań odnośnie kwalifikacji, umiejętności, doświadczenia niezbędnych do wykonywania pracy na refundowanym stanowisku i związana z tym możliwość kierowania takich osób przez Urząd w okresie trwania umowy, tj. przez okres co najmniej 36 miesięcy istnieje możliwość kierowania (1 pkt)/nie istnieje możliwość kierowania (0 pkt)	
6.	proponowane zabezpieczenie spełnia wymogi określone w Zasadach przyznawania refundacji, w tym z uwzględnieniem wysokości wnioskowanej kwoty środków i ryzyka związanego z możliwością utrzymania refundowanych stanowisk pracy przez okres 36 miesięcy spełnia (1 pkt)/nie spełnia (0 pkt)	
<b>OCENA MERYTORYCZNA</b>		
7.	celowość i zasadność udzielenia refundacji ze względu na rodzaj wyposażanego stanowiska pracy w powiązaniu z potrzebami lokalnego rynku pracy i ofertami pracy będącymi w dyspozycji Urzędu refundacja jest celowa i zasadna (1 pkt)/refundacja nie jest celowa i zasadna (0 pkt)	
8.	Pracodawca posiada zdolność prawną i finansową do zatrudniania osób niepełnosprawnych i utrzymania refundowanego stanowiska pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy posiada (1 pkt)/nie posiada (0 pkt)	
9.	dotychczasowa współpraca Pracodawcy z Urzędem w zakresie tworzenia miejsc pracy pozytywna (1 pkt)/negatywna (0 pkt)	
10.	poziom kosztów wyposażenia refundowanego stanowiska pracy ze względu na celowość, zasadność i racjonalność wydatków, które mają podlegać refundacji oraz ze względu na rodzaj refundowanego stanowiska pracy i zakres obowiązków osoby niepełnosprawnej zasadne (1 pkt)/niezasadne (0 pkt)	
11.	wkład Pracodawcy w wyposażenie refundowanego stanowiska pracy posiada (1pkt)/nie posiada (0pkt)	
12.	Ocena banków prowadzących obsługę rachunków Pracodawcy, w tym wysokości zadłużenia i posiadanych środków pozytywna (1 pkt)/negatywna (0 pkt)	
13.	ocena wyników wizytacji wstępnej w miejscu, w którym ma być zlokalizowane refundowane stanowisko pracy pozytywna (1 pkt)/negatywna (0 pkt)	
<b>Suma punktów:</b>		

**Maksymalna liczba punktów, jaką wniosek może otrzymać to 13 punktów.**

**Nie uzyskanie punktów w pozycji 1,2,3,4,5,6,8,9,13 powoduje odstąpienie od dalszego rozpatrywania wniosku.**

Uwagi Komisji:

Komisja nie wniosła uwag do oceny / wniosła następujące uwagi: .....

.....

Na podstawie przeprowadzonej oceny **Komisja opiniuje pozytywnie/negatywnie** wniosek o przyznanie przedmiotowej refundacji kosztów wyposażenia stanowisk pracy wskazanych we wniosku w kwocie

.....

**Podpisy członków Komisji**

**Akceptacja Dyrektora PUP w Poznaniu**

**data zatwierdzenia:** .....