



Załącznik nr2 do Regulaminu projektu

**KARTA OCENY FORMULARZA REKRUTACYJNEGO  
DO PROJEKTU „POWER do zmian!”**

Numer projektu: **POWR.01.02.01-12-0102/19**

<b>IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/KANDYDATKI</b>	
<b>PESEL</b>	

**CZĘŚĆ I – OCENA FORMALNA**

	<b>Kryteria</b>	<b>Spełnia</b>	<b>Nie spełnia</b>
1	Formularz zgłoszeniowy został złożony w wersji zgodnej ze wzorem udostępnionym przez Beneficjenta.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	Formularz zgłoszeniowy został wypełniony czytelnie i posiada wymagane załączniki	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	Kandydat/Kandydatka spełnia kryteria kwalifikowalności do projektu, tj. :	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	1) Posiada status osoby biernej zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	2) Jest w wieku 18-29 lat	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	3) Zamieszkuje/ uczy się na obszarze woj. małopolskiego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	4) Należy do osób z kategorii NEET	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	5) Nie należy do grupy mogącej otrzymać wsparcie w ramach poddziałania 1.3.1	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	6) Nie uczestniczy w innym projekcie ( dot. aktywizacji zawodowo- edukacyjnej) realizowanym w tym samym czasie w ramach POWER	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	7) Przynależy do jednej z grup:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<i>a) Zamieszkuje obszar wiejski położony poza ZIT</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<i>b) jest rodzicem chcącym powrócić do pracy po przerwie związanej z opieką nad dzieckiem</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<i>c) jest osobą z niepełnosprawnościami</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy Formularz spełnia wszystkie ogólne kryteria formalne i może zostać przekazany do oceny części II ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

..... Podpis Członka Komisji

..... Podpis Przewodniczącego Komisji



## CZĘŚĆ II – OCENA SPEŁNIANIA KRYTERIÓW DODATKOWYCH

Lp.	Kryteria	Spełnia / nie spełnia Liczba punktów	Zdobyta liczba punktów
1	Osoba nie uczestniczy w kształceniu	TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.	
2	Osoba niepełnosprawna	TAK –5 pkt. NIE – 0 pkt.	
3	Osoba niepełnosprawna z co najmniej umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.	
4	Osoba o niskich kwalifikacjach (do ISCED 3 włącznie).	TAK -5 pkt. NIE – 0 pkt.	
5.	Osoba posiada status byłego Uczestnika z CT 9 RPO	TAK -5 pkt. NIE – 0 pkt.	
Ogółem liczba uzyskanych punktów			

### Uzupełnienie formalne

Kandydata/kandydatkę na Uczestnika wezwano do jednokrotnego uzupełnienia złożonego Formularza zgłoszeniowego. Tak    Nie

Uzupełnienia dokonano w dniu: ..... Kandydat odmówił uzupełnienia/ Kandydat nie stawił się na wezwanie

**Kandydat spełnia kryteria formalne/nie spełnia kryteriów formalnych procesu rekrutacyjnego, uzyskał za spełnianie kryteriów dodatkowych ..... pkt.**

..... Podpis Członka Komisji

..... Podpis Przewodniczącego Komisji