|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 1** | | | | |
| **KARTA OCENY** | | | | |
| **WYMAGANIA FORMALNE** | | **Spełnia\*** | **Nie spełnia\*** | **Uwagi** |
|  | Wpływ oferty w terminie. |  |  |  |
|  | Oferta wpłynęła w odpowiedzi na właściwe ogłoszenie. |  |  |  |
|  | Oferta została podpisana przez uprawnioną/e osobę/y. |  |  |  |
|  | Oferta została złożona na odpowiednim formularzu i miejscu wskazanym w ogłoszeniu. |  |  |  |
|  | Podmiot wyraża chęć zawarcia umowy partnerskiej na realizację projektu partnerskiego oraz deklaruje współpracę Gminą Wodzierady w zakresie przygotowania projektu. |  |  |  |
|  | Podmiot prowadzi działalność w obszarze merytorycznym, którego dotyczy projekt zgodnie z podstawą prawną jej prowadzenia (np. zapis w statucie, zapis KRS, zapisy ustawy). |  |  |  |
|  | Podmiot posiada minimum roczne doświadczenie w świadczeniu tych usług społecznych, które deklaruje realizować w ramach projektu. |  |  |  |
|  | Podmiot będzie posiadał oddział/ biuro na terenie województwa łódzkiego w okresie realizacji projektu. |  |  |  |
|  | Zgodnie z art. 125 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z 17 grudnia 2013 r., podmiot dysponuje potencjałem administracyjnym, finansowym i operacyjnym umożliwiającym prawidłową realizację projektu zgodnie z warunkami wsparcia określonymi w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, w tym:   * posiada dobrą kondycję finansową oraz spełnia następujące warunki: wobec podmiotu nie została ogłoszona decyzja o upadłości, podmiot nie jest też w trakcie rozwiązywania działalności, nie znajduje się pod zarządem komisarycznym, nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego, postępowania restrukturyzacyjnego, nie zawiesił prowadzenia działalności i nie znajduje się w innej, podobnej sytuacji wynikającej z przepisów prawa. * nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych należności wymaganych odrębnymi przepisami. |  |  |  |
|  | Podmiot nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, oraz wobec reprezentowanego podmiotu nie został orzeczony zakaz dostępu do środków funduszy europejskich na podstawie:   1. art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 2. art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary. |  |  |  |
|  | Podmiot oświadczył, że informacje zawarte w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. |  |  |  |
|  | **KRYTERIA WYBORU**  *wypełniane tylko w przypadku gdy podmiot spełnienia kryteria od 1-12* | **Przyznana ilość punktów** | **Maks. ilość punktów** | **Uwagi** | |
|  | ZGODNOŚĆ DZIAŁANIA POTENCJALNEGO PARTNERA Z CELAMI PARTNERSTWA (W TYM ZGODNOŚĆ OPISOW DZIAŁAŃ Z DOKUMENTACJĄ PROGRAMOWĄ, OPTYMALNOŚĆ ZAPROPONOWANEGO HARMONOGRAMU DZIAŁAŃ, RACJONALNOŚĆ I EFEKTYWNOŚĆ WYDATKÓW ORAZ ICH ZGODNOŚĆ Z WYTYCZNYMI W ZAKRESIE KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU ROZWOJU REGIONALNEGO, EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO ORAZ FUNDUSZU SPÓJNOSCI NA LATA 2014-2020). |  | **20** |  | |
|  | DEKLAROWANY WKŁAD POTENCJALNEGO PARTNERA W REALIZACJĘ CELU PARTNERSTWA (ZASOBY LUDZKIE, TECHNICZNE, ORGANIZACYJNE, FINANSOWE W TYM WKŁAD WŁASNY). |  | **25** |  | |
|  | DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROJEKTÓW O PODOBNYM CHARAKTERZE. |  | **25** |  | |
| **ŁĄCZNA ILOŚĆ PUNKTÓW** | |  | **70** |  | |

\*wstawić zaznaczenie „x”