******

***Załącznik nr 3 do Procedury wyboru i oceny grantobiorców***

***w ramach projektów grantowych***

***wraz z opisem sposobu rozliczania grantów,***

***monitorowania i kontroli***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (pieczęć LGD) | | **KARTA WERYFIKACJI FORMALNEJ**  **WNIOSKU O POWIERZENIE GRANTU**  Stowarzyszenie Kraina Szlaków Turystycznych - Lokalna Grupa Działania |
| **NR NABORU** |  | |
| **NR WNIOSKU** |  | |
| **NAZWA WNIOSKODAWCY /GRANTOBIORCY** |  | |
| **DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU** |  | |
| **TYTUŁ PROJEKTU OBJĘTEGO GRANTEM** |  | |
| **PROGRAM,**  **DZIAŁANIE** | Europejskiego Funduszu Społecznego Plus  Fundusze Europejskie dla Lubuskie 2021-2027  Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rozwój lokalny kierowany przez społeczność | |
|  | Właściwe zaznaczyć „X” | |
| **CEL** |  | (f) Wspieranie równego dostępu do dobrej jakości, włączającego kształcenia i szkolenia oraz możliwości ich ukończenia,  w szczególności w odniesieniu do grup w niekorzystnej sytuacji, od wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem przez ogólne  i zawodowe kształcenie i szkolenie, po szkolnictwo wyższe,  a także kształcenie i uczenie się dorosłych, w tym ułatwianie mobilności edukacyjnej dla wszystkich i dostępności osób  z niepełnosprawnościami |
|  | (g) Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji  dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych, lepsze przewidywanie zmian i zapotrzebowania na nowe umiejętności na podstawie potrzeb rynku pracy, ułatwianie zmian ścieżki kariery zawodowej i wspieranie mobilności zawodowej |
|  | (k) Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej  na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup  w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób  z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej |
|  | (l) Wspieranie integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci |
| **FUNDUSZ** | EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY PLUS | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **Spełnia/nie spełnia**  (właściwe zaznaczyć „X”) | | **Wezwanie**  **do uzupełnienia poprawy** |
| **TAK** | **NIE** |
|  | Czy wniosek został złożony w miejscu/instytucji wskazanej w ogłoszeniu o naborze? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy wniosek został złożony w terminie wskazanym w ogłoszeniu o naborze? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy liczba wniosków złożonych w ramach naboru przez podmiot będący Wnioskodawcą jest zgodna z postanowieniami Regulaminu? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy wniosek został złożony na właściwym formularzu? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy wniosek jest złożony przez podmiot uprawniony do udziału w naborze wniosków? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy wniosek został podpisany przez osobę/osoby uprawnioną/e lub upoważnioną/e? |  |  |  |
|  | Czy wniosek jest kompletnie wypełniony w części III.1., III.2, IV i XV[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | Czy wniosek wypełniony został kompletnie w pozostałych częściach poza wymienionymi w pkt. 7? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy wersja papierowa wniosku jest tożsama z załączoną wersją elektroniczną? |  |  |  |
|  | Czy Wnioskodawca ma siedzibę na obszarze objętym LSR? |  |  | nie dotyczy |
| 1. 1 | Czy termin realizacji projektu objętego grantem jest zgodny z zapisami określonymi w ogłoszeniu o naborze wniosków? |  |  |  |
|  | Czy do wniosku dołączono wszystkie obligatoryjne załączniki, o których mowa w ogłoszeniu o naborze wniosków? |  |  |  |
|  | Czy wniosek wraz z załącznikami (*jeśli dotyczy*) został wypełniony w języku polskim? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy Wnioskodawca wnosi do projektu wkład własny stanowiący co najmniej 5 % całkowitych kosztów kwalifikowanych projektu? |  |  | nie dotyczy |
|  | Czy Wnioskodawca zapewnia, że projekt będzie realizowany we współpracy lub partnerstwie z lokalnym ośrodkiem pomocy społecznej?[[2]](#footnote-2) |  |  | nie dotyczy |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYNIKI WERYFIKACJI FORMALNEJ** | **POZYTYWNY** | **NEGATYWNY[[3]](#footnote-3)** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Uwagi:** |
|  |

**Data i podpis osoby weryfikującej:**

**…………………………………………**

1. W przypadku, gdy we wniosku niekompletnie została wypełniana część III.1., III.2, IV i XV, Wnioskodawca zostanie poproszony o poprawę/uzupełnienie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy tylko celu „l” oraz celu „k”. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku negatywnej weryfikacji formalnej, wniosek nie podlega dalszej ocenie. [↑](#footnote-ref-3)