



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO  
KUJAWSKO-POMORSKIE

**Unia Europejska**  
Europejskie Fundusze  
Strukturalne i Inwestycyjne



## Karta oceny strategicznej projektu

**NUMER WNIOSKU:** .....

**INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:** .....

**NUMER KONKURSU:** .....

**TYTUŁ PROJEKTU:** .....

**NAZWA WNIOSKODAWCY:** .....

**OCENIAJĄCY:** .....

**DATA PRZEKZANIA WNIOSKU  
Z ETAPU OCENY FORMALNO-MERYTORYCZNEJ/NEGOCJACJI<sup>1</sup>:** .....

**DATA ROZPOCZĘCIA OCENY:** .....

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

## KARTA OCENY STRATEGICZNEJ PROJEKTU

<b>I.</b>	<b>WARUNKI FORMALNE</b> (zaznaczyć właściwe znakiem „X”)	
1.	Czy we wniosku o dofinansowanie projektu stwierdzono braki w zakresie warunków formalnych/oczywiste omyłki, które umożliwiają ocenę wniosku?	
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy we wniosku o dofinansowanie projektu stwierdzono braki w zakresie warunków formalnych/oczywiste omyłki, które uniemożliwiają ocenę wniosku?	
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>UZASADNIENIE DOTYCZĄCE STWIERDZONYCH BRAKÓW W ZAKRESIE WARUNKÓW FORMALNYCH/OCZYWISTYCH OMYŁEK UMOŻLIWIAJĄCYCH OCENĘ WNIOSKU</b>		
wypełnić, jeśli w punkcie 1 zaznaczono odpowiedź „TAK”		
<b>UZASADNIENIE DOTYCZĄCE STWIERDZONYCH BRAKÓW W ZAKRESIE WARUNKÓW FORMALNYCH/OCZYWISTYCH OMYŁEK UNIEMOŻLIWIAJĄCYCH OCENĘ WNIOSKU</b>		
wypełnić, jeśli w punkcie 2. zaznaczono odpowiedź „TAK”		
<b>II.</b>	<b>KRYTERIA STRATEGICZNE DOSTĘPU</b> (każdorazowo zaznaczyć właściwe znakiem „X”)	
1.	Zgodność ze strategią rozwoju Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT)	
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <sup>2</sup>

<sup>2</sup> Odpowiedź „NIE” należy uzasadnić w polu „Uzasadnienie oceny niespełnienia kryteriów strategicznych dostępu”.

**UZASADNIENIE OCENY NIESPEŁNIANIA KRYTERIÓW STRATEGICZNYCH DOSTĘPU** (wypełnić, jeśli w części II. zaznaczono odpowiedzi skutkujące negatywną oceną kryteriów strategicznych dostępu)

III. KRYTERIA STRATEGICZNE PREMIUJĄCE					
Nr	Kryterium strategiczne premiujące	Liczba punktów możliwa do uzyskania <sup>3</sup>	Minimalna liczba punktów niezbędna do spełnienia kryterium <sup>4</sup>	Liczba punktów przyznana przez oceniającego	Uzasadnienie oceny (w przypadku przyznania liczby punktów mniejszej niż maksymalna)
1.	Projekt zakłada realizację wsparcia wyłącznie dla osób z niepełnosprawnościami.	5	5		
2.	Projekt zakłada partnerstwo z podmiotem ekonomii społecznej.	3	3		
3.	Projekt charakteryzuje się wysoką efektywnością kosztową.	10	10		
4.	Projekt zakłada wykorzystanie skutecznych rozwiązań lub produktów wypracowanych w ramach projektów innowacyjnych Programu Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki lub PO WER.	5	5		
5.	Projekt zakłada realizację programu aktywności lokalnej <sup>5</sup> .	7	7		

<sup>3</sup> Należy wskazać maksymalną liczbę punktów możliwą do uzyskania przypisaną do danego kryterium oceny w ramach danego naboru.

<sup>4</sup> Należy wskazać minimalną liczbę punktów niezbędną do spełnienia danego kryterium oceny w ramach danego naboru lub wskazać n/d.

<sup>5</sup> Program aktywności lokalnej - partnerstwo lokalne zainicjowane przez OPS, inną jednostkę organizacyjną samorządu terytorialnego lub organizację pozarządową w celu realizacji działań na rzecz aktywizacji społecznej i rozwiązywania problemów społeczności lokalnej oraz w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności lokalnej. Program aktywności lokalnej skierowany jest do osób w ramach konkretnego środowiska lub członków danej społeczności.

Łączna liczba punktów przyznanych przez oceniającego		
--	--	--

<b>IV. SPRAWDZENIE I AKCEPTACJA DOKONANEJ OCENY</b>
---

WYNIK OCENY STRATEGICZNEJ:	ZAZNACZ „X” WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ	UWAGI:	
Ocena pozytywna			
Ocena negatywna			
Projekt skierowany do wyjaśnień			
Podpis Oceniającego		Bydgoszcz, dnia ..... r.	..... Podpis
Podpis Sekretarza Podkomisji IP ZIT		Bydgoszcz, dnia ..... r.	..... Podpis
Podpis Przewodniczącego Podkomisji IP ZIT		Bydgoszcz, dnia ..... r.	..... Podpis

--	--	--