**Załącznik nr IVb – Wzór karty oceny merytorycznej wniosku o dofinansowanie projektu konkursowego dla Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych w ramach RPOWŚ na lata 2014-2020 – CZĘŚĆ B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Funduszy Europejskich |  | Logo Unii Europejskiej |

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE PROJEKTU KONKURSOWEGO
DLA ZINTEGROWANYCH INWESTYCJI TERYTORIALNYCH W RAMACH RPOWŚ na lata 2014-2020**

**CZĘŚĆ B**

**NR PROJEKTU W SL2014:…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………**

**INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK: ………………………………………………………………………………………………………………………………**

**NR KONKURSU: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**SUMA KONTROLNA WNIOSKU:………………………………………………………………………………………………………………………….……………….**

**TYTUŁ PROJEKTU**: **………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………….**

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

**OCENIAJĄCY:** **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ B1. UCHYBIENIA FORMALNE** (zaznaczyć właściwe znakiem „X”) |
| Czy wniosek posiada uchybienia formalne, które nie zostały dostrzeżone na etapie oceny formalnej? |
| Tak – wskazać uchybienia formalne i przekazać wniosek do ponownej oceny formalnej  |  Nie – Wypełnić część B  |
| **UCHYBIENIA FORMALNE** |
| **CZĘŚĆ B2. KRYTERIA DOSTĘPU** (zaznaczyć właściwe znakiem „X”) |
| **KRYTERIA DOSTĘPU DODATKOWE OCENIANE NA ETAPIE OCENY MERYTORYCZNEJ** (wypełnia IOK zgodnie z załącznikiem nr 3 do SZOOP RPOWŚ na lata 2014-2020):1. **Projekt realizowany jest na terenie Kieleckiego Obszaru Funkcjonalnego (obejmując wszystkie gminy wchodzące w skład KOF), koncentrując działania w tych gminach, które charakteryzują się niższym stopniem zgłaszalności niż 30% w przypadku raka szyjki macicy, 42% w przypadku raka piersi.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Projekt przewiduje realizację świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Wnioskodawca lub jego Partner udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie lub w związku z zakresem objętym wsparciem.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Wnioskodawca lub Partner jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z właściwym dyrektorem OW NFZ.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Projekt zakłada możliwość realizacji działań profilaktycznych w miejscowości zamieszkania uczestnika projektu lub zapewnia dojazd do miejsca świadczenia usługi, co pozytywnie wpłynie na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Projekt obejmuje działaniami profilaktycznymi minimum 20% kobiet, które kwalifikują się do udziału w programie, ale nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka piersi/raka szyjki macicy (na podstawie SIMP).**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Projekt przewiduje udzielenie usług zdrowotnych w oparciu o Evidence Based Medicine.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Grupę docelową w projekcie stanowią osoby w wieku produkcyjnym, będące w grupie podwyższonego ryzyka, które zostaną objęte badaniami skriningowymi (przesiewowymi) w celu wczesnego wykrycia choroby.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1**1. **Działania realizowane w projekcie przez Projektodawcę oraz ewentualnych Partnerów są zgodne z zakresem właściwego programu profilaktycznego, który jest załącznikiem regulaminu konkursu.**

**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1** |
| Czy projekt spełnia wszystkie kryteria dostępu? |
|  Tak – wypełnić część B3 |  Nie – uzasadnić i odrzucić projekt |  Nie dotyczy |
|  |
| **UZASADNIENIE OCENY SPEŁNIANIA KRYTERIÓW DOSTĘPU (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ZAZNACZENIA ODPOWIEDZI „NIE” POWYŻEJ)** |
| **CZĘŚĆ B3. KRYTERIA HORYZONTALNE** (każdorazowo zaznaczyć właściwe znakiem „X”) |
| 1. | Czy projekt jest zgodny z prawodawstwem krajowym w zakresie odnoszącym się do sposobu realizacji i zakresu projektu (m. in. z zasadami *Prawa zamówień publicznych, ochrony środowiska*)? |
|  Tak  |  Nie - uzasadnić i odrzucić projekt |
| 2. | Czy projekt należy do wyjątku, co do którego nie stosuje się standardu minimum? |
|  Tak  |  Nie |
| Wyjątki, co do których nie stosuje się standardu minimum:1. profil działalności beneficjenta (ograniczenia statutowe),
2. zamknięta rekrutacja - projekt obejmuje (ze względu na swój zakres oddziaływania) wsparciem wszystkich pracowników/personel konkretnego podmiotu, wyodrębnionej organizacyjnie części danego podmiotu lub konkretnej grupy podmiotów wskazanych we wniosku o dofinansowanie projektu.

W przypadku projektów które należą do wyjątków, zaleca się również planowanie działań zmierzających do przestrzegania zasady równości szans kobiet i mężczyzn. |
| Standard minimum jest spełniony w przypadku uzyskania co najmniej 3 punktów za poniższe kryteria oceny. |
| 1. | We wniosku o dofinansowanie projektu zawarte zostały informacje, które potwierdzają istnienie (albo brak istniejących) barier równościowych w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu.  |
|  0  |  1 |
| 2. | Wniosek o dofinansowanie projektu zawiera działania odpowiadające na zidentyfikowane bariery równościowe w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu. |
|  0  |  1 |  2 |
| 3. | W przypadku stwierdzenia braku barier równościowych, wniosek o dofinansowanie projektu zawiera działania, zapewniające przestrzeganie zasady równości szans kobiet i mężczyzn, tak aby na żadnym etapie realizacji projektu tego typu bariery nie wystąpiły.  |
|  0  |  1 |  2 |
| 4.  | Wskaźniki realizacji projektu zostały podane w podziale na płeć i/lub został umieszczony opis tego, w jaki sposób rezultaty przyczynią się do zmniejszenia barier równościowych, istniejących w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu. |
|  0  |  1 |  2 |
| 5. | We wniosku o dofinansowanie projektu wskazano jakie działania zostaną podjęte w celu zapewnienia równościowego zarządzania projektem. |
|  0  |  1 |
| Czy projekt jest zgodny z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn (na podstawie standardu minimum)? |
|  Tak  |  Nie  |
| 3. | Czy projekt jest zgodny z prawodawstwem unijnym (w tym z art. 65 ust. 6 Rozporządzenia ogólnego 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.) oraz zasadą zrównoważonego rozwoju)? |
|  Tak  |  Nie -uzasadnić i odrzucić projekt |
| 4. | Czy projekt jest zgodny z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami? |
|  Tak |  Nie - uzasadnić i odrzucić projekt |
| 5. | Czy projekt jest zgodny z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji ? |
|  Tak |  Nie - uzasadnić i odrzucić projekt |
| 6. | Czy projekt jest zgodny z Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 oraz Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (w tym zgodność w szczególności z: typem/ami projektów realizowanym/i w ramach danego Działania/Poddziałania, grupą docelową (ostatecznymi odbiorcami wsparcia) w ramach danego Działania/Poddziałania, poziomu wkładu własnego w ramach danego Działania/Poddziałania, zakresem i poziomem dla *cross-financingu* orazśrodków trwałych dla danego Działania/Poddziałania)?  |
|  Tak  |  Nie - uzasadnić i odrzucić projekt |
| 7. | Czy projekt jest zgodny z zasadami dotyczącymi pomocy publicznej i pomocy *de minimis*? |
|  |  Tak  |  nie -uzasadnić i odrzucić projekt |  Nie dotyczy |
| 8. | Czy wniosek jest rozliczany w oparciu o stawki jednostkowe/kwoty ryczałtowe (jeśli dotyczy)? |
|  |  Tak  |  nie - uzasadnić i odrzucić projekt |  Nie dotyczy |
| **UZASADNIENIE OCENY SPEŁNIANIA KRYTERIÓW HORYZONTALNYCH (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ZAZNACZENIA ODPOWIEDZI „NIE” POWYŻEJ)** |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ B4. KRYTERIA MERYTORYCZNE** |
| Nr części wniosku o dofinansowanie projektu oraz kryterium merytoryczne | Maksymalna / minimalna liczba punktów ogółem | Liczba punktów przyznana wyłącznie **bezwarunkowo** | Liczba punktów przyznana **warunkowo** (jeżeli oceniający dostrzega możliwość warunkowego przyznania punktów) | Uzasadnienie oceny w przypadku **bezwarunkowego**przyznania liczby punktów mniejszej niż maksymalna (w przypadku liczby punktów przyznanej warunkowo uzasadnienie należy podać w części B7 karty) |
| **3.1 Ocena zgodności projektu z właściwym celem szczegółowym Priorytetu Inwestycyjnego****Ryzyko nieosiągnięcia założeń projektu\***  | **10/6****albo****7\*/5\***\*(dotyczy wyłącznie projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł). |  |  |  |
| 1. wskazanie celu szczegółowego Priorytetu

Inwestycyjnego, do którego osiągnięcia przyczyni się realizacja projektu oraz określenie sposobu mierzenia realizacji wskazanego celu | 3/2\* |  |  |  |
| 1. ustalenie wskaźników realizacji celu – wskaźniki rezultatu i produktu, jednostek pomiaru wskaźników oraz określenie wartości bazowej i docelowej wskaźnika rezultatu, określenie wartości docelowej wskaźnika produktu, powiązanego ze wskaźnikiem rezultatu
 | 5/4\* |  |  |  |
| 1. określenie, w jaki sposób i na jakiej podstawie mierzone będą wskaźniki realizacji celu/ów (ustalenie źródeł weryfikacji/ pozyskania danych do pomiaru wskaźników oraz częstotliwość ich pomiaru)
 | 2/1\* |  |  |  |
| **3.1.2 Wskazanie celu głównego projektu i opisanie, w jaki sposób projekt przyczyni się do osiągnięcia celu szczegółowego Priorytetu Inwestycyjnego.** | **5/3** |  |  |  |
| **3.2 Dobór grupy docelowej -****osób i/lub instytucji, w tym:** | **10/6** |   |  |  |
| 1. opis i uzasadnienie grupy docelowej,potrzeby i oczekiwania uczestników

w kontekście wsparcia, które ma być udzielane w ramach projektu, | 3 |  |  |  |
| 1. bariery, na które napotykają uczestnicy projektu,
 | 2 |  |  |  |
| 1. sposób rekrutacji uczestników projektu,

 w tym jakimi kryteriami posłuży się Wnioskodawca podczas rekrutacji, uwzględniając podział K/M i kwestię zapewnienia dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. | 5 |  |  |  |
| **3.3 Ryzyko nieosiągnięcia założeń projektu (dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł), w tym opis:** | **3/2** |  |  |  |
| * sytuacji, których wystąpienie utrudni lub uniemożliwi osiągnięcie wartości docelowej wskaźników rezultatu,
* sposobu identyfikacji wystąpienia takich sytuacji (zajścia ryzyka),
* działań, które zostaną podjęte, aby zapobiec wystąpieniu ryzyka i jakie będą mogły zostać podjęte, aby zminimalizować skutki wystąpienia ryzyka.
 | 3/2 |  |  |  |
| **4.1 Zadania, w tym:** | **25/15** |  |  |  |
| 1. trafność doboru zadań i ich opis w kontekście osiągnięcia celów/wskaźników projektu, z uwzględnieniem trwałości rezultatów projektu
 | 10 |  |  |  |
| 1. szczegółowy opis zadań (z udziałem partnera/ów – jeśli dotyczy)
 | 10 |  |  |  |
| 1. racjonalność harmonogramu realizacji projektu
 | 5 |  |  |  |
| **4.3 Zaangażowanie potencjału Wnioskodawcy i partnerów (o ile dotyczy), w tym w szczególności:** | **10/6** |   |  |  |
| 1. zasobów finansowych, jakie wniesie do projektu Wnioskodawca i Partnerzy (o ile dotyczy)
 | 4 |  |  |  |
| 1. potencjał kadrowy i merytoryczny Wnioskodawcy i Partnerów (o ile dotyczy) i sposobu jego wykorzystania w ramach projektu (kluczowych osób, które zostaną zaangażowane do realizacji projektu oraz ich planowanej funkcji w projekcie*, know-how)*
 | 4 |  |  |  |
| 1. potencjał techniczny, tj. posiadane lub pozyskane zaplecze, pomieszczenie, sprzęt, który Wnioskodawca/Partnerzy (o ile dotyczy) mogą wykazać w projekcie  i sposobu jego wykorzystania w ramach projektu
 | 2 |  |  |  |
| **4.4. Doświadczenie Wnioskodawcy i Partnerów, które przełoży się na realizację projektu, w odniesieniu do:** | **15/9** |   |  |  |
| 1. obszaru, w którym będzie realizowany projekt
 | 5 |  |  |  |
| 1. grupy docelowej, do której kierowane będzie wsparcie
 | 6 |  |  |  |
| 1. terytorium, którego będzie dotyczyć realizacja projektu oraz wskazanie instytucji które mogą potwierdzić potencjał społeczny Wnioskodawcy i Partnerów (o ile dotyczy)
 | 4 |  |  |  |
| **4.5 Sposób zarządzania projektem.** | **5/3** |  |  |    |
| **V. BUDŻET PROJEKTU****Prawidłowość sporządzenia budżetu projektu, w tym:**  | **20/12** |  |  |  |
| 1. kwalifikowalność wydatków, racjonalność i efektywność wydatków projektu
 | 7 |  |  |  |
| 1. niezbędność wydatków do realizacji projektu i osiągania jego celów
 | 7 |  |  |  |
| 1. zgodność ze standardem i cenami rynkowymi określonymi w Regulaminie Konkursu oraz poprawność opisu kwot ryczałtowych (o ile dotyczy)
 | 4 |  |  |  |
| 1. poprawność formalno-rachunkowa sporządzenia budżetu projektu.
 | 2 |  |  |  |
| **Suma punktów przyznanych bezwarunkowo i warunkowo (jeśli dotyczy) za kryteria merytoryczne:** |  |  |  |
| **Czy wniosek bezwarunkowo otrzymał minimum 60% punktów w każdej z części 3.1, 3.1.2, 3.2, 3.3\*, 4.1, 4.3, 4.4 i 4.5 oraz V?**\*(dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł) |  TAK – WYPEŁNIĆ CZĘŚĆ B5 |  NIE – WYPEŁNIĆ CZĘŚĆ B6 |
| **CZĘŚĆ B5. KRYTERIA PREMIUJĄCE** (w odniesieniu do każdego kryterium jednokrotnie zaznaczyć właściwe znakiem „X” tylko gdy w polu powyżej zaznaczono „TAK”) |
| Pola poniżej uzupełnia IOK zgodnie z właściwym załącznikiem nr 3 do SZOOP RPOWŚ na lata 2014-2020  | Kryterium jest  |
| spełnione  | Niespełnione |
| **Projekt realizowany jest w partnerstwie z co najmniej jednym partnerem społecznym.**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1Za spełnienie tego kryterium przyznawana będzie premia: 1 partner – 3 pkt2 partnerów – 6 pkt3 partnerów – 10 pkt |  – …… pkt |  – 0 pkt(UZASADNIĆ) |
| **Projekt zakłada działania profilaktyczne w kierunku wykrywania raka szyjki macicy dla minimum 30% grupy docelowej zamieszkałej w miejscowościach poniżej 1 000 mieszkańców.**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1Za spełnienie tego kryterium przyznawana będzie premia w wysokości 10 pkt |  – …… pkt | – 0 pkt(UZASADNIĆ) |
| **Projekt zakłada współpracę z podmiotami** **leczniczymi (innymi niż Partnerzy w projekcie).** Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1Za spełnienie tego kryterium przyznawana będzie premia w wysokości 5 pkt |  – …… pkt | – 0 pkt(UZASADNIĆ) |
| **Projekt jest komplementarny z innymi projektami finansowanymi ze środków UE lub ze środków krajowych (również realizowanymi we wcześniejszych okresach programowania)\*.** **\*komplementarność nie może obejmować tego samego zakresu tematycznego, tj. profilaktyki raka piersi i raka macicy.**Kryterium stosuje się do typu operacji nr 1Za spełnienie tego kryterium przyznawana będzie premia w wysokości 5 pkt |  – …… pkt | – 0 pkt(UZASADNIĆ) |
| **Suma dodatkowych punktów za spełnianie kryteriów premiujących:** |  |
| **CZĘŚĆ B6. LICZBA PUNKTÓW I DECYZJA O MOŻLIWOŚCI REKOMENDOWANIA DO DOFINANSOWANIA** |
| **ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW PRZYZNANYCH****W CZĘŚCI B4 i B5:** | **BEZWARUNKOWO** | **WARUNKOWO** **(O ILE DOTYCZY)** |
|  |  |
| **CZY PROJEKT SPEŁNIA WYMAGANIA MINIMALNE (W TYM OTRZYMAŁ MINIMUM 60% PUNKTÓW W KAŻDEJ Z CZĘŚCI 3.1, 3.1.2, 3.2, 3.3\*, 4.1, 4.3, 4.4 i 4.5, V ORAZ KRYTERIA DOSTĘPU I HORYZONTALNE) ABY MIEĆ MOŻLIWOŚĆ UZYSKANIA DOFINANSOWANIA?**\*(dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł) |
| TAK  |  NIE (UZASADNIĆ) |
| **CZĘŚĆ B7. NEGOCJACJE** (wypełnić jeżeli w części B6 zaznaczono odpowiedź „TAK”) |
| **CZY PROJEKT ZOSTAŁ OCENIONY WARUNKOWO I JEST KIEROWANY DO NEGOCJACJI?** |
|  TAK  |  NIE |
| **ZAKRES NEGOCJACJI (WYPEŁNIĆ JEŻELI POWYŻEJ ZAZNACZONO ODPOWIEDŹ „TAK”)** |
| * + - * 1. **WYBRANE WARUNKI W ZAKRESIE KRYTERIUM DOTYCZĄCEGO BUDŻETU PROJEKTU**
 |
| **1. Kwestionowane pozycje wydatków jako niekwalifikowalne** |
| Zadanie nr | Pozycja nr | Nazwa pozycji | Wartość pozycji | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |  |
| **2. Kwestionowane wysokości wydatków** |
| Zadanie nr | Pozycja nr | Nazwa pozycji | Wartość pozycji | Proponowana wartość | Różnica | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Proponowana kwota dofinansowania:** | ………………………………………………………………………………………….PLN |
| * + - * 1. **POZOSTAŁE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAKRESU MERYTORYCZNEGO PROJEKTU**
 |
| Lp. | Kryterium, którego dotyczy warunek  | Warunek | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |

..................................... .........................................

*podpis oceniającego*  *data*