

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ
wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

Wnioskodawca:	
Numer wniosku:	CIRZ.III.630. .24
Data złożenia wniosku:	
Liczba i nazwa stanowisk pracy:	
Wnioskowana kwota refundacji:	
Współpraca w ciągu 2 ostatnich lat:	

KRYTERIA OCENY:

- 1. Siedziba wnioskodawcy**
- 2. Miejsce tworzonego stanowiska pracy**
- 3. Liczba osób zatrudnionych przez wnioskodawcę (w przeliczeniu na pełen etat – bez umów cywilnoprawnych)**
- 4. Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto dla osoby zatrudnionej w ramach tworzonego stanowiska pracy**
- 5. Racjonalność wydatków oraz uzasadnienie konieczności dokonania zakupów**
 - zgodność wydatków z tworzonym stanowiskiem pracy,
 - zgodność wydatków z regulaminem,
 - realność proponowanych cen wyposażenia tworzonego stanowiska pracy w odniesieniu do cen rynkowych,
 - przedstawione oferty cenowe,
 - szczegółowe uzasadnienie przez wnioskodawcę konieczności dokonania zakupów wymienionych w specyfikacji wydatków w ramach tworzonego stanowiska pracy wraz z wyjaśnieniem proponowanych cen zakupów
- 6. Całościowa ocena złożonego wniosku**
 - całościowa obiektywna ocena na podstawie opisu planowanej inwestycji
 - działania już podjęte w kierunku utworzenia stanowiska pracy,
 - przygotowanie wniosku pod względem formalnym i merytorycznym - dotychczasowej współpracy z PUP w Zabrzu
 - okres prowadzenia firmy
 - stan zatrudnienia w ostatnich 6 miesiącach
 - liczba potencjalnych kandydatów do zatrudnienia, zarejestrowanych w PUP Zabrze
 - wymagania względem kandydata
 - forma zabezpieczenia umowy)

UWAGI KOMISJI – prośba o dodatkowe wyjaśnienia wnioskodawcy:

(data i podpis członka Komisji)

(data i podpis członka Komisji)

Komisja proponuje: **przyznać / nie przyznać** refundację w wysokości: _____

Nazwa refundowanego stanowiska pracy:

Uzasadnienie/uwagi:

Oświadczam, że: nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany(a) z tytułu przysposobienia opieki lub kurateli z wnioskodawcą. Nie pozostaję z wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

Imię i nazwisko Członka Komisji I : _____

(data i podpis członka Komisji)

Imię i nazwisko Członka Komisji II : _____

(data i podpis członka Komisji)

WERYFIKACJA PRACOWNIKA czy Wnioskodawca znajduje się na liście osób i podmiotów wykluczonych ze wsparcia, dostępnej pod adresem <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>.

- WYKLUCZONY na dzień rozpatrzenia wniosku
- NIEWYKLUCZONY na dzień rozpatrzenia wniosku

(data i podpis pracownika PUP)

DECYZJA DYREKTORA PUP: AKCEPTUJE / NIE AKCEPTUJE

PRZYZNANA KWOTA REFUNDACJI: _____ ZŁ

PODPIS DYREKTORA PUP W ZABRZU: _____