Załącznik nr2 do Regulaminu projektu

**KARTA OCENY FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

**DO PROJEKTU „W młodości POWER! ”**

Numer projektu: **POWR.01.02.01-12-0104/19**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/KANDYDATKI** |  |
| **PESEL** |  |

**CZĘŚĆ I – OCENA FORMALNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | | **Spełnia** | **Nie spełnia** |
| 1 | Formularz zgłoszeniowy został złożony w wersji zgodnej ze wzorem udostępnionym przez Beneficjenta. | Tak | Nie |
| 2. | Formularz zgłoszeniowy został wypełniony czytelnie i posiada wymagane załączniki | Tak | Nie |
| 3. | Kandydat/Kandydatka spełnia kryteria kwalifikowalności do projektu, tj. : | Tak | Nie |
|  | 1. Posiada status osoby biernej zawodowo | Tak | Nie |
|  | 1. Jest w wieku 18-29 lat | Tak | Nie |
|  | 1. Zamieszkuje/ uczy się na obszarze woj. małopolskiego | Tak | Nie |
|  | 1. Należy do osób z kategorii NEET | Tak | Nie |
|  | 1. Nie należy do grupy mogącej otrzymać wsparcie w ramach poddziałania 1.3.1 | Tak | Nie |
|  | 1. Nie uczestniczy w innym projekcie ( dot. aktywizacji zawodowo- edukacyjnej) realizowanym w tym samym czasie w ramach POWER | Tak | Nie |
|  | 1. Przynależy do jednej z grup: | Tak | Nie |
|  | 1. *Zamieszkuje obszar wiejski położony poza ZIT* | Tak | Nie |
|  | 1. *jest rodzicem chcącym powrócić do pracy po przerwie związanej z opieką nad dzieckiem* | Tak | Nie |
|  | 1. *jest osobą z niepełnosprawnościami* | Tak | Nie |
| Czy Formularz spełnia wszystkie ogólne kryteria formalne i może zostać przekazany do oceny części II ? | | Tak | Nie |

…………………………………………………………….. Podpis Członka Komisji

…………………………………………………………….. Podpis Przewodniczącego Komisji

**CZĘŚĆ II – OCENA SPEŁNIANIA KRYTERIÓW DODATKOWYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria** | | **Spełnia / nie spełnia Liczba punktów** | **Zdobyta liczba punktów** |
| 1 | | Osoba nie uczestniczy w kształceniu | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| 2 | | Osoba niepełnosprawna | TAK –5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| 3 | | Osoba niepełnosprawna z co najmniej umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| 4 | | Osoba o niskich kwalifikacjach  (do ISCED 3 włącznie). | TAK -5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| 5. | | Osoba posiada status byłego Uczestnika z CT 9 RPO | TAK -5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| Ogółem liczba uzyskanych punktów | | | |  |

**Uzupełnienie formalne**

Kandydata/kandydatkę na Uczestnika wezwano do jednokrotnego uzupełnienia złożonego Formularza zgłoszeniowego. Tak Nie

Uzupełnienia dokonano w dniu: …………………………………………… Kandydat odmówił uzupełnienia/ Kandydat nie stawił się na wezwanie

**Kandydat spełnia kryteria formalne/nie spełnia kryteriów formalnych procesu rekrutacyjnego, uzyskał za spełnianie kryteriów dodatkowych ……….. pkt.**

…………………………………………………………….. Podpis Członka Komisji

…………………………………………………………….. Podpis Przewodniczącego Komisji