***Załącznik nr 1do Regulaminu Konkursu w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej w ramach środków PFRON***

***.***

**KARTA OCENY**

 **WNIOSKU O PRZYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**w ramach środków PFRON**

**Nazwa Pracodawcy…………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **Ocena merytoryczna** |
| **Lp.** | **Kryteria** | **Maksymalna ilość punktów** | **Przyznana ilość punktów** | **Uzasadnienie** |
| **1.** | **Wkład wnioskodawcy w wyposażenie tworzonych stanowisk pracy** | 10 |  |  |
| **2.** | **Potrzeby lokalnego rynku pracy** | 10 |  |  |
| **3.** | **Liczba osób niepełnosprawnych****o określonych kwalifikacjach, zarejestrowanych w PUP w Skierniewicach jako bezrobotne lub poszukujące pracy nie pozostające w zatrudnieniu** | 10 |  |  |
| **4.** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy** | 10 |  |  |
| **5.** | **Kondycja finansowa wnioskodawcy, uprawdopodobniająca zapewnienie zatrudnienia osoby niepełnosprawnej przez okres co najmniej 36 miesięcy** | 10 |  |  |
| **6.** | **Rentowność produkcji i usług** | 10 |  |  |
| **7.** | **Okres działania oraz doświadczenie Wnioskodawcy w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych** | 10 |  |  |
| **8.** | **Wywiązywanie się z umów z udziałem środków publicznych zawartych w ciągu dwóch pełnych lat kalendarzowych** | 10 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Maksymalna ilość punktów** | **Łączna ilość przyznanych punktów** |
| **80** |  |

 …………………………….. Podpisy oceniających:

 Data

 ………………………………..

 ………………………………..

 ………………………………..

 ………………………………..

 ………………………………..

 ………………………………..