**Karta oceny formalnej**

1. **Informacje o ofercie:**
2. **Numer i data wpływu do sekretariatu: FE-S/3062/24 z dnia 04.11.2024 r.**
3. **Pełna nazwa wnioskodawcy: Czepczyński Family Foundation**
4. **Status prawny wnioskodawcy: fundacja**
5. **Dane teleadresowe wnioskodawcy: ul. Wigury 20, 64-400 Międzychód**
6. **Nazwa projektu: ABC Empatii, czyli edukacja włączająca i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu**
7. **Obszar interwencji: edukacja, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu**
8. **Dane osoby oceniającej:**
	1. **Imię i nazwisko: Aleksandra Kaim**
	2. **Komórka/jednostka merytoryczna: Biuro Funduszy Europejskich i Polityki Rozwoju**
9. **Kryteria oraz sposób oceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **KRYTERIA FORMALNE** **(wypełnia Biuro Funduszy Europejskich i Polityki Rozwoju)** | **OCENA** | **OCENA CZĄSTKOWA** |
| a) | złożenie wypełnionego i podpisanego zgłoszenia na odpowiednim formularzu (tj. wniosku o dofinansowanie dla danego działania w ramach programu operacyjnego lub na wzorze stanowiącym załącznik nr 1) | **TAK / NIE** | TAK |
| b) | wypełnione i podpisane oświadczenie oferenta (załącznik nr 2) | TAK |
| c) | wypełnione i podpisane oświadczenie oferenta (załącznik nr 3) | TAK |
| d) | wypełnione i podpisane oświadczenie oferenta (załącznik nr 4) | TAK |
| e) | wskazanie obszaru interwencji, którego dotyczy propozycja współpracy | TAK |
| f) | opis projektu/zakres rzeczowy projektu | TAK |
| g) | planowany okres realizacji projektu | TAK |
| h) | Powiązanie z celami Strategii #Warszawa 2030 oraz powiązanie z celami innych dokumentów programujących rozwój m.st. Warszawy | TAK |
| i) | wskazanie potencjalnego źródła finansowania, w szczególności nazwa Programu Operacyjnego, priorytetu i działania/poddziałania | TAK |
| j) | dysponowanie wykwalifikowaną kadrąw zakresie przygotowania i realizacji projektu | TAK |
| k) | określenie roli m.st. Warszawy i Oferenta w projekcie: Lider/ Partner | **LIDER** | TAK |

**Uwagi:**

**Data i podpis osoby oceniającej: 05.11.2024 r. Aleksandra Kaim**

**Data i podpis osoby zatwierdzającej**