



Europejski Fundusz Rolny na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich: Europa inwestująca w obszary wiejskie.

ANKIETA MONITORUJĄCA DLA BENEFICJENTÓW NA POTRZEBY MONITOROWANIA REALIZACJI LSR

Szanowni Państwo,

Zgodnie z §5 Umowy o warunkach i sposobie realizacji strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność, ust. 23, p. b. udostępniamy Państwu formularz ankiety monitorującej. Zebrane informacje w formie zbiorczej będą służyć do oceny stopnia realizacji Strategii Rozwoju Lokalnego kierowanego przez społeczność LGD „ProKoPaRa”.

I. INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE OPERACJI

| Przedsięwzięcia | | „X” jeśli dotyczy |
|-----------------|--|--|
| | Wspieranie rozwoju istniejących przedsiębiorstw | |
| | Dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej | |
| | Rozwój rynku zbytu i przetwórstwa rolno- spożywczego | |
| | Szkolenia dla 3 sektorów LGD | |
| | Organizacja działań edukacyjnych podnoszących wiedzę z zakresu ochrony środowiska i przeciwdziałania zmianom klimatycznym także z wykorzystaniem rozwiązań innowacyjnych | |
| | Organizacja wydarzeń lokalnych w zakresie kultury, sportu i rekreacji | |
| | Przedsięwzięcia z zakresu infrastruktury sportu, rekreacji i kultury | |
| | Przedsięwzięcia z zakresu infrastruktury drogowej | |
| | Renowacja obiektów o dużym znaczeniu dla zachowania dziedzictwa lokalnego | |
| | Organizacja i udział w wydarzeniach lokalnych i zewnętrznych o charakterze promocyjnym | |
| 1. | Tytuł operacji | |
| 2. | Cel operacji | |
| 3. | Opis zrealizowanego projektu | |
| 4. | Rodzaj beneficjenta (proszę o zaznaczenie prawidłowego rodzaju beneficjenta) | <ul style="list-style-type: none">Osoba fizyczna;Jednostka samorządu terytorialnego;Osoba prawna, z wyłączeniem województwa, jeżeli siedziba tej osoby lub jej oddziału znajduje się na obszarze wiejskim objętym LSR;Jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości poprawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, jeżeli siedziba tej jednostki lub jej oddziału znajduje się na obszarze wiejskim objętym LSR, z tym że spółka kapitałowa w organizacji może ubiegać się wyłącznie o pomoc na operację w zakresie „podejmowania działalności gospodarczej”LGD |

II. INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE BENEFICJENTA

| | | |
|-----|---|------------------------|
| 5. | Operacja/ projekt realizowany w ramach naboru ogłoszonego przez LGD, numer: | |
| 6. | Nr umowy | |
| 7. | Data podpisania umowy (dd/mm/rrrr) | |
| 8. | Nr identyfikacyjny beneficjenta pomocy | |
| 9. | Nazwa beneficjenta pomocy | |
| 10. | Siedziba lub adres beneficjenta | |
| 11. | Dane kontaktowe osoby uprawnionej do kontaktu | Numer telefonu: |
| | | Adres e-mail: |
| 12. | Wnioskowana kwota przyznania pomocy na realizację operacji (zgodnie z umową) | |
| 13. | Data otrzymania płatności ostatecznej (dd/mm/rrrr) (wpływ środków na konto bankowe) | |

III. ZAKŁADANE/ OSIĄGNIĘTE WSKAŹNIKI W RAMACH REALIZACJI OPERACJI:

| CEL OGÓLNY | CELE SZCZEGÓŁOWE | PLANOWANE PRZEDSIĘWZIĘCIA | WSKAŹNIKI REZULTATU | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | |
|--|--|---|---|------|------|------|------|------|------|------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| CEL I: WSPIERANIE ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI ORAZ TWORZENIE NOWYCH MIEJSC PRACY | Cel szczegółowy 1: Rozwój postaw przedsiębiorczych i wzrost samozatrudnienia | 1.1. Wspieranie rozwoju istniejących przedsiębiorstw 1.2. Dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej | Liczba nowo utworzonych miejsc pracy (ogółem)(uwzględnia się samozatrudnienie o ile beneficjent dokonuje zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych z tytułu wykonywania tej działalności) | | | | | | | | |
| | | | Liczba osób z grup defaworyzowanych zatrudnionych przez przedsiębiorstwa objęte wsparciem z LGD: | | | | | | | | |
| | | | - osoby niepełnosprawne- posiadające orzeczenie o niepełnosprawności | | | | | | | | |
| | | | - osoby bezrobotne- zarejestrowane w Urzędzie Pracy | | | | | | | | |
| | | | - osoby powyżej 50 roku życia | | | | | | | | |
| | | | - osoby młode do ukończenia 25 roku życia | | | | | | | | |
| | | | - rolnicy | | | | | | | | |
| | | | - osoby młode (do 24 roku życia) | | | | | | | | |
| | | | - rodziny wielodzietne | | | | | | | | |
| | | | - rodziny niepełne | | | | | | | | |
| | | | - osoby korzystające z pomocy społecznej | | | | | | | | |
| | Liczba zatrudnionych kobiet | | | | | | | | | | |
| | Liczba zatrudnionych mężczyzn | | | | | | | | | | |
| | Cel szczegółowy 2: Rozwój rynku zbytu i przetwórstwa rolno- spożywczego | 1.3. Rozwój rynku zbytu i przetwórstwa rolno- spożywczego | Liczba osób z grup defaworyzowanych zatrudnionych przez przedsiębiorstwa objęte wsparciem z LGD: | | | | | | | | |
| | | | - osoby niepełnosprawne- posiadające orzeczenie o niepełnosprawności | | | | | | | | |
| | | | - osoby bezrobotne- zarejestrowane w Urzędzie Pracy | | | | | | | | |
| | | | - osoby powyżej 50 roku życia | | | | | | | | |
| | | | - osoby młode do ukończenia 25 roku życia | | | | | | | | |
| | | | - rolnicy | | | | | | | | |
| | | | - osoby młode (do 24 roku życia) | | | | | | | | |
| | | | - rodziny wielodzietne | | | | | | | | |
| | | | - rodziny niepełne | | | | | | | | |
| | | | - osoby korzystające z pomocy społecznej | | | | | | | | |
| | | | Liczba zatrudnionych kobiet | | | | | | | | |
| | | | Liczba zatrudnionych mężczyzn | | | | | | | | |

IV. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE OPERACJI

| | | |
|-----|---|--|
| 14. | Proszę podać planowany bądź rzeczywisty okres realizacji operacji: | Termin rozpoczęcia operacji (podpisanie umowy): |
| | | Termin zakończenia operacji (złożenie wniosku o płatność): |
| 15. | Proszę wskazać obecny stopień realizacji operacji: | <input type="checkbox"/> Przed podpisaniem umowy <input type="checkbox"/> Zakończony I etap realizacja II etapu w trakcie <input type="checkbox"/> Zakończona realizacja operacji <input type="checkbox"/> Inna sytuacja (jaka)..... |
| 16. | Proszę wskazać stopień oraz wysokość wypłaconych środków pomocowych | <input type="checkbox"/> Płatność zaliczkowa w wysokości <input type="checkbox"/> Transza (podać liczbę i kwotę) <input type="checkbox"/> Całość środków pomocowych - data przekazania refundacji (data wpływu środków na konto) <input type="checkbox"/> Środki niewypłacone |
| 17. | Proszę wskazać grupę/grupy defaworyzowane dla przedsięwzięć i operacji w ramach realizowanego/ zrealizowanego projektu: | <input type="checkbox"/> Kobiety <input type="checkbox"/> Osoby powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> Bezrobotni do 25 roku życia <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale bezrobotne <input type="checkbox"/> Osoby bez doświadczenia zawodowego <input type="checkbox"/> Osoby korzystające z pomocy społecznej z powodu ubóstwa |
| 18. | Proszę wskazać źródła informacji o naborach wniosków w ramach LGD: | <input type="checkbox"/> Strony internetowe <input type="checkbox"/> Tablice informacyjne <input type="checkbox"/> Artykuły w prasie lokalnej <input type="checkbox"/> Ogłoszenia w siedzibach instytucji publicznych <input type="checkbox"/> Spotkania informacyjno-konsultacyjne <input type="checkbox"/> Doradztwo indywidualne w biurze <input type="checkbox"/> Szkolenia organizowane przez LGD <input type="checkbox"/> Przekaz ustny <input type="checkbox"/> Inne- jakie? |

| | | |
|-----|---|--|
| 19. | Problemy i trudności które wystąpiły w trakcie realizacji projektu wraz z informacją o podjętych działaniach. | |
| 20. | Czy korzystali państwo z doradztwa LGD? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | Jeśli „TAK”, to czy byli państwo zadowoleni ? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | Jeśli „NIE”, to dlaczego ? | |

V. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej ankiecie są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie monitorującej dla beneficjentów na potrzeby monitorowania realizacji LSR, przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Płaskowyżu Proszowickiego „ProKoPaRa” z siedzibą w Koniusza 5, 32-104 Koniusza (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Strategii Rozwoju Lokalnego kierowanego przez społeczność. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Płaskowyżu Proszowickiego „ProKoPaRa” oraz iż:

- 1. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz do ich poprawiania.*
- 2. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu monitoringu i ewaluacji LSR i nie będą udostępniane innym odbiorcom.*

.....
Data wypełnienia ankiety

.....
Podpis Beneficjenta