***Ankieta monitorująca realizację***

***Strategii Rozwoju Lokalnego Kierowanego przez Społeczność (LSR)***

***Lokalnej Grupy Działania „Region Włoszczowski”***

***Ankieta dostępna również w wersji elektronicznej (do pobrania i wypełnienia komputerowego)***

***na stronie www.lgd-region-wloszczowa.pl***

**ZALECENIA OGÓLNE**

1. *Beneficjent czytelnie wypełnia niebieskim lub czarnym kolorem lub komputerowo wyłącznie białe pola ankiety. W sytuacji kiedy dane pole w ankiecie, będące polem tekstowym, nie dotyczy Beneficjenta, należy wstawić kreskę.*
2. *Ankietę monitorującą Beneficjent wypełnia na podstawie danych z wniosku o przyznanie pomocy oraz wniosku o płatność (uwzględniając ewentualne uzupełnienia dokonane na wezwanie instytucji wdrażającej – Świętokrzyskiego Biura Rozwoju Regionalnego Biura PROW).*
3. *Dla każdego zrealizowanego projektu prosimy o wypełnienie oddzielnej ankiety.*
4. *Ankietę monitorującą podpisaną przez osoby upoważnione należy przesłać w wersji papierowej do biura Lokalnej Grupy Działania „Region Włoszczowski”, ul. Wiśniowa 23, 29-100 Włoszczowa lub w wersji elektronicznej po adres e-mail:* [*lgd\_wloszczowa@wp.pl*](mailto:lgd_wloszczowa@wp.pl)*. Dopuszczalny jest także kontakt telefoniczny z pracownikami Biura: tel. 41 394 14 05*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko/***  ***nazwa Beneficjenta*** | |  | | | |
| ***Adres zamieszkania***  ***/ siedziby Beneficjenta*** | |  | | | |
| ***Numer identyfikacyjny nadany przez ARiMR*** | |  | | | |
| ***Nr wniosku nadany przez LGD*** | |  | | | |
| ***Tytuł operacji*** | |  | | | |
| ***Okres realizacji operacji***  (od MM-RRRR do MM-RRRR) | | **Rozpoczęcie**  *data podpisania umowy* | **Zakończenie**  *planowany termin złożenia wniosku o płatność ostateczną z umowy* | | |
| ***Nr umowy o dofinansowanie*** | |  | | | |
| **Wnioskowana kwota pomocy** *(zł) (zgodnie z umową)* | |  | | | |
| **Rozliczenie projektu** | | | | | |
| **I transza / I etap** *(jeśli dotyczy)* | | | | | |
| **Data złożenia wniosku**  **o płatność** | | **Kwota wniosku o płatność** | | | **Data otrzymanej płatności**  *(data wpływu na konto)* |
|  | |  | | |  |
| **Płatność ostateczna** | | | | | |
| **Data złożenia wniosku**  **o płatność** | | **Kwota wniosku o płatność** | | | **Data otrzymanej płatności**  *(data wpływu na konto)* |
|  | |  | | |  |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktu(prosimy o wypełnienie jedynie w przypadku zmiany tych danych od czasu złożenia wniosku do LGD)** | |  | | | |
| **Dane kontaktowe osoby uprawnionej do kontaktu (adres, telefon, e-mail) (prosimy o wypełnienie jedynie w przypadku zmiany tych danych od czasu złożenia wniosku do LGD)** | |  | | | |

**Cele realizacji operacji zgodnie z LSR** (proszę zaznaczyć X )

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedsięwzięcie:** | |
| 1.1.1 Infrastruktura turystyczna i/lub rekreacyjna |  |
| 1.1.4 Marketing gospodarczy regionu (projekt grantowy) |  |
| 1.1.6 Podejmowanie działalności gospodarczej regionu |  |
| 1.1.7 Podejmowanie działalności przez osoby do 29. Roku życia |  |
| 1.1.8 Rozwój działalności gospodarczej |  |
| 1.2.2 Aktywizacja osób 55 + (projekt grantowy) |  |
| 1.2.5 Poznajmy obszar naszego LGD (projekt grantowy) |  |
| 1.2.9 Wsparcie rozwoju grup nieformalnych i organizacji pozarządowych |  |

**Problemy w realizacji operacji:** *(proszę opisać problemy napotkane w trakcie realizacji projektu, w tym wszelkie zmiany w umowie)* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Sposób rozpowszechniania informacji o otrzymanej pomocy**

Należy opisać w jaki sposób rozpowszechniane były informacje o otrzymaniu pomocy z Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Wdrażania Lokalnej Strategii Rozwoju LGD „Region Włoszczowski”

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Pytania dodatkowe nt. realizacji projektu**

1. Czy beneficjent miał już kontrolę z instytucji upoważnionych do jej przeprowadzania (Samorządu Województwa, Agencji, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Komisji Europejskiej, organów kontroli państwowej i skarbowej oraz inne.) Jeśli Beneficjent otrzymał zalecenia pokontrolne proszę wymienić zalecenia.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy przeprowadzono postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w formie upublicznienia zapytania ofertowego na portalu ARiMR? – Obowiązek dla wszystkich beneficjentów z wyłączeniem rozpoczynających działalność gospodarczą i projektu grantowego

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Część ankiety skierowana WYŁĄCZNIE do beneficjentów Działania 1.1.1 „Infrastruktura turystyczna i/lub rekreacyjna”**

1. **Proszę wpisać wartości liczbowe do poniższych rubryk:**

(skrót U oznacza wartości wpisane do Umowy, skrót P oznacza wartości osiągnięte po płatnościach-rozliczeniu wniosku)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa wskaźnika** | **Wartość U** | **Wartość P** |
| Liczba nowych obiektów infrastruktury turystycznej i rekreacyjnej |  |  |
| Liczba przebudowanych obiektów infrastruktury turystycznej i rekreacyjnej |  |  |
| Liczba osób korzystających z nowopowstałych lub zmodernizowanych obiektów infrastruktury |  |  |

1. **Proszę o wpisanie wartości liczbowych do kryterium, które najbardziej pasuje do realizowanej przez Państwa inwestycji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium** | **Liczba obiektów** |
| Obiekty noclegowe |  |
| Obiekty gastronomiczne |  |
| Obiekty sportowo/rekreacyjne |  |

**Część ankiety skierowana WYŁĄCZNIE do beneficjentów Działania 1.1.6 Podejmowanie działalności gospodarczej, 1.1.7 Podejmowanie działalności gospodarczej do 29 r.ż.**

1. **Proszę wpisać wartości liczbowe do poniższych rubryk:** (skrót U oznacza wartości wpisane do Umowy, skrót P oznacza wartości osiągnięte po płatnościach-rozliczeniu wniosku)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa wskaźnika** | **Wartość U** | **Wartość P** |
| Liczba utworzonych miejsc pracy |  |  |

1. **Proszę zaznaczyć, do których spośród poniższych grup może się Pan/Pani zakwalifikować (można zaznaczyć więcej niż jedną grupę):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa grupy** | **Beneficjent** |
| Osoby niepełnosprawne – posiadające orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| Osoby bezrobotne –zarejestrowane w Urzędzie Pracy |  |
| Osoby powyżej 50 roku życia |  |
| Osoby młode do ukończenia 25 roku życia |  |
| Mężczyźni |  |
| Kobiety |  |

1. **Proszę zaznaczyć, do której spośród poniższych grup można zaliczyć osoby zatrudnione przez Pana/Panią w ramach projektu (można zaznaczyć więcej niż jedną grupę):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa grupy** | **Liczba pracowników** |
| Osoby niepełnosprawne – posiadające orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| Osoby bezrobotne –zarejestrowane w Urzędzie Pracy |  |
| Osoby powyżej 50 roku życia |  |
| Osoby młode do ukończenia 25 roku życia |  |
| Mężczyźni |  |
| Kobiety |  |

**Część ankiety skierowana WYŁĄCZNIE do beneficjentów Działania 1.1.8 Rozwój działalności gospodarczej**

1. **Proszę wpisać wartości liczbowe do poniższych rubryk:**

(skrót U oznacza wartości wpisane do Umowy, skrót P oznacza wartości osiągnięte po płatnościach-rozliczeniu wniosku)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa wskaźnika** | **Wartość U** | **Wartość P** |
| Liczba utworzonych miejsc pracy |  |  |

1. **Proszę zaznaczyć, do której spośród poniższych grup można zaliczyć osoby zatrudnione przez Pana/Panią w ramach projektu (można zaznaczyć więcej niż jedną grupę):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa grupy** | **Liczba pracowników** |
| Osoby niepełnosprawne – posiadające orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| Osoby bezrobotne –zarejestrowane w Urzędzie Pracy |  |
| Osoby powyżej 50 roku życia |  |
| Osoby młode do ukończenia 25 roku życia |  |
| Mężczyźni |  |
| Kobiety |  |

**Oświadczenie dla wszystkich Beneficjentów**

Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe będą przetwarzane przez Stowarzyszenie LGD „Region Włoszczowski”.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ankiety instytucjom i podmiotom dokonującym oceny i ewaluacji. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych związanych z realizacją niniejszej operacji, zgodnie z przepisami ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), w celach związanych z realizacją działań Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020.

Oświadczam, iż dane zawarte w niniejszej ankiecie są zgodne z prawdą.

…………………………………………………………………

*(data, czytelny podpis)*