Załącznik nr 12a do Procedury wyboru i oceny operacji

Wersja 2.0 z 04/06/2024r.

**UCHWAŁA NR …………………….**

**RADY LGD ……………………………………………………..**

**z dnia ……………….. r.**

**w sprawie wyboru operacji do finansowania oraz ustalenia kwoty wsparcia w ramach naboru nr …………….**

Na podstawie § …….. Statutu LGD oraz § ………..Regulaminu Rady uchwala się, co następuje:

§ 1

W ramach naboru nr ………….. dotyczącego funduszu………, nazwa interwencji PS WPR/priorytet i cel FEW ……………………………………………………………………………..……  
dokonuje się wyboru operacji do finansowania oraz ustalenia kwoty wsparcia dla operacji, stanowiącej przedmiot poniższego wniosku o przyznanie pomocy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Znak sprawy LGD** | **Imię i nazwisko/**  **Nazwa Wnioskodawcy** | **Numer indentyfikacyjny** | **Tytuł operacji** | **Wnioskowana**  **kwota pomocy**  **(PLN)** | **Ustalona**  **kwota wsparcia**  **(PLN)** | **Kwota obciążająca budżet**  **(PLN)** | **Intensywność pomocy** | **Liczba uzyskanych punktów wg kryteriów wyboru** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

§ 2

Operacja:

* spełnia warunki oceny formalnej, zgodność z LSR oraz warunki udzielenia wsparcia,
* uzyskała co najmniej minimalną liczbę punktów w ramach oceny operacji wg lokalnych kryteriów wyboru,
* mieści/nie mieści\* się w limicie dostępnych środków.

§ 3

Uzasadnienie oceny w ramach poszczególnych kryteriów oceny operacji znajduje się w załączniku nr 1 do uchwały\*.

Uzasadnienie w zakresie ustalonej kwoty wsparcia niższej niż wnioskowana kwota pomocy znajduje się w załączniku nr 1 do uchwały\*.

§ 4

Operacja spełnia wymagania niezbędne do wyboru do finansowania.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

……………………………, dn. **………………………..**  …………..……………………………………………………………………………………

podpis Przewodniczącego lub Zastępcę Przewodniczącego Rady Decyzyjnej

*\* niepotrzebne usunąć*

Załącznik nr 1 do uchwały ……. z dnia ……….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Lokalne kryteria wyboru operacji** | **Przyznana ocena** | **Uzasadnienie oceny** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uzasadnienie w zakresie ustalonej kwoty wsparcia niższej niż wnioskowana kwota pomocy\*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*wypełnić jeśli dotyczy