**OPIS ZGODNOŚCI OPERACJI LOKALNYMI KRYTERIAMI WYBORU (premiującymi)**

**TYTUŁ PROJEKTU: …………………………………………………………………………………………………………………………**

**Kryteria premiujące (zaznaczyć i opisać, jeśli operacja je spełnia):**

**1. SIEDZIBA/ODDZIAŁ NA OBSZARZE LGD:**

siedziba/oddział na obszarze LGD do 24 miesięcy włącznie

siedziba/oddział na obszarze LGD powyżej 24 miesięcy i poniżej 36 miesięcy włącznie

siedziba/oddział na obszarze LGD powyżej 36 miesięcy

|  |
| --- |
| Opis: |

**2.** **ŚWIADCZENIE USŁUG STACJONARNIE**

|  |
| --- |
| Opis: |

**3.** **WNIOSKOWANA KWOTA WSPARCIA NA REALIZACJĘ OPERACJI**

wnioskowana kwota wsparcia powyżej **160.000 zł**

wnioskowana kwota wsparcia w przedziale  **160.000 zł – 100.000 zł**

wnioskowana kwota wsparcia poniżej **100.000 zł**

|  |
| --- |
| Opis: |

**4. UCZESTNICTWO W OPERACJI OSÓB W NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI ZDIAGNOZOWANEJ NA OBSZARZE LSR**

|  |
| --- |
| Opis: |

**5. BRAK USŁUGI NOCLEGOWEJ:**

|  |
| --- |
| Opis: |

**6. INNOWACYJNOŚĆ OPERACJI:**

|  |
| --- |
| Opis: |

**7. TERMIN ZŁOŻENIA WNIOSKU O PŁATNOŚĆ OSTATECZNĄ:**

|  |
| --- |
| Opis: |

……………………………………………………………………

podpis Wnioskodawcy