

<b>KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PRZYZNANIE POMOCY</b>
--

<b>K-1/013</b>
----------------

**PROW 2007-2013**

**Oś 4 LEADER**

**Działanie: 421** Wdrażanie projektów współpracy

<b>Nazwa jednostki oceniającej wniosek:</b>	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
<b>Znak sprawy:</b>	
<b>Nazwa Wnioskodawcy:</b>	
<b>Data przyjęcia wniosku:</b>	...../...../20.....
<b>Tytuł operacji:</b>	

## CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie i miejscu wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. We wniosku wskazano adres albo istnieje możliwość ustalenia tego adresu na podstawie posiadanych danych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wnioskodawcą jest LGD wybrana do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. LGD nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### I. Wynik weryfikacji wstępnej

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

#### Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis ...../.../20.....

#### Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis ...../.../20.....

#### Zatwierdził\*:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis ...../.../20.....

#### Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWA ORAZ ZALICZKI**

**B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI**

**I. Weryfikacja załączników**

	Weryfikujący DO			Sprawdzający DO		
	TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
<b>A. Załączniki dotyczące Wnioskodawcy</b>						
1. Statut LGD (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pełny odpis z KRS (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dokument potwierdzający wolę partnerów projektu współpracy do jego realizacji lub umowa o wspólnej realizacji projektu współpracy zawarta ze wszystkimi partnerami projektu współpracy (oryginał lub kopia) <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B. Załączniki dotyczące operacji</b>						
4. a. Oświadczenie LGD o kwalifikowalności VAT, jeżeli LGD będzie się ubiegać się o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych lub, b. Oświadczenie LGD o rezygnacji z zaliczenia podatku VAT do kosztów kwalifikowalnych (oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone - oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oświadczenie partnera projektu współpracy - oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kwalifikacje i doświadczenie osoby koordynującej oraz nadzorującej wdrażanie, finansowanie, promocję oraz monitorowanie projektu współpracy (załącznik sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM - obowiązkowy, w przypadku operacji polegającej na realizacji projektu współpracy) - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dokument potwierdzający tytuł prawny do nieruchomości, na której realizowana będzie operacja - w przypadku operacji przestrzennie umiejscowionych - oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oświadczenie właściciela(li) lub współwłaściciela(li) lub posiadacza samoistnego nieruchomości, że wyraża(ją) on(i) zgodę na realizację operacji bezpośrednio związanej z nieruchomością, jeżeli operacja jest realizowana na terenie nieruchomości będącej w posiadaniu zależnym lub będącej przedmiotem współwłasności - oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji innych obiektów, o której mowa w art. 38 ust 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych (Dz.U. 2004 Nr 223 poz. 2268 z późn.zm) - w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności wnioskodawca świadczy usługi turystyczne w innych obiektach, w których mogą być świadczone usługi hotelarskie - oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Przyrzeczenie zaszerzegowania obiektu do odpowiedniego rodzaju i kategorii (promesa) wydane na podstawie art. 39a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych lub decyzja określająca kategorię obiektu hotelarskiego, nadana na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych, w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej Wnioskodawca planuje świadczyć lub świadczy usługi turystyczne w obiektach hotelarskich - oryginał albo kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Inne decyzje, pozwolenia lub opinie organów administracji publicznej, jeśli z odrębnych przepisów wynika obowiązek ich uzyskania w związku z realizacją operacji, o ile ich uzyskanie jest możliwe przed rozpoczęciem realizacji operacji - kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13 a. Zapytania ofertowe wysłane do co najmniej 3 dostawców wraz z potwierdzeniem ich wysłania (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- b. 3 odpowiadające im oferty na zakup lub wykonanie zadania wraz z uzasadnieniem, że koszty kwalifikowalne w Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji zostały określone na podstawie oferty najkorzystniejszej (oryginał lub kopia<sup>1</sup>) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- w przypadku zadania, którego planowany koszt w kwocie netto przekracza 3,5 tys. zł.
14. a. Zaświadczenie z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, wskazujące rachunek bankowy LGD lub jej pełnomocnika lub cesjonariusza albo rachunek prowadzony w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej na rzecz LGD lub jej pełnomocnika lub cesjonariusza, na który mają być przekazane środki finansowe – oryginał, lub ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- b. Umowa z bankiem lub spółdzielczą kasą oszczędnościowo-kredytową na prowadzenie rachunku bankowego lub jej część, pod warunkiem, że będzie ona zawierać dane właściciela, numer rachunku bankowego oraz potwierdzenie, że jest to rachunek, na który mają być przekazane środki finansowe – kopia<sup>1</sup> lub ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- c. Inny dokument z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, świadczący o aktualnym numerze rachunku bankowego, zawierający dane takie, jak numer rachunku bankowego, nazwisko/nazwę właściciela, (np.: aktualny wyciąg z rachunku z usuniętymi danymi finansowymi) – oryginał lub kopia<sup>1</sup> ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- w przypadku, gdy LGD ubiega się o zaliczkę.

Weryfikujący  
DO

Sprawdzający  
DO

TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### C. Załączniki dotyczące robót budowlanych

15. Kosztorys inwestorski [sporządzony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie określenia metod i podstaw sporządzania kosztorysu inwestorskiego, obliczania planowanych kosztów prac projektowych oraz planowanych kosztów robót budowlanych określonych w programie funkcjonalno-użytkowym (Dz.U. z 2004 Nr 130 poz. 1389)] - oryginał lub kopia<sup>1</sup> ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
16. Szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne – oryginał lub kopia<sup>1</sup> ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Weryfikujący

Sprawdzający

TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D. Inne załączniki

17. .... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
18. .... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
19. .... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
20. .... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
21. .... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

<sup>1</sup> Kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub notariusza lub przez upoważnionego pracownika urzędu marszałkowskiego/wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy

**II. Weryfikacja wniosku**

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą Wnioskodawcę/ pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dane Wnioskodawcy wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dane są zgodne z danymi we wniosku o wybór LGD do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi: (w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

.....

.....

.....

.....

.....

<b>B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY</b>
---

	Weryfikujący				ND	Sprawdzający				ND
	TAK	NIE	DO UZUP	DO UZUP		TAK	NIE	DO UZUP		
1. Cel projektu współpracy jest zgodny z LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Cel operacji jest zgodny z LSR oraz z celami wymienionymi w PROW 2007-2013 i jej realizacja pozwoli na osiągnięcie zamierzonych celów (w tym planowanych efektów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Operacja spełnia wymagania wynikające z obowiązujących przepisów prawa, które mają do niej zastosowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Dokument potwierdzający wolę partnerów projektu współpracy do jego realizacji / Umowa o wspólnej realizacji projektu współpracy zawierają zakres określony w § 10 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Dokument potwierdzający wolę partnerów projektu współpracy do jego realizacji / Umowa o wspólnej realizacji projektu współpracy został podpisany przez wszystkich partnerów projektu współpracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Partnerzy projektu współpracy na podstawie dostarczonych oświadczeń spełniają kryteria wskazane w art. 39 ust. 2 rozporządzenia (WE) 1974/2006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Dla operacji wyznaczono osobę koordynującą oraz nadzorującą wdrażanie, finansowanie, promocję i monitorowanie projektu współpracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Operacja jest realizowana odpowiednio w nie więcej niż 2 (przygotowanie projektu współpracy) albo 8 (realizacja projektu współpracy) etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność ostateczną nastąpi nie później niż w terminie określonym w rozporządzeniu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Koszty kwalifikowalne we wniosku są zgodne z kosztami kwalifikowalnymi w ramach działania "Wdrażanie projektów współpracy" objętego PROW 2007-2013 oraz zasadami dotychczasowymi kwalifikowalności kosztów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Uwagi: (w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

[illegible]

### B3: WERYFIKACJA LIMITU I POZIOMU POMOCY

#### I. Weryfikacja limitu i poziomu pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza limitów dla działania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wnioskowany poziom pomocy nie przekracza 100% kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. W przypadku operacji polegającej na przygotowaniu projektu współpracy realizowanych dwuetapowo, płatność ostateczna będzie stanowiła nie mniej niż 25% łącznej planowanej wysokości pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi: (w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## B4. WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW

### I. Weryfikacja kosztorysu na roboty budowlane

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Ceny jednostkowe wykonania robót budowlanych nie są wyższe od określonych w dostępnych zbiorach cen jednostkowych lub uzasadnienie przekroczenia wartości ceny jednostkowej jest wystarczające	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kosztorys zawiera poprawnie wyliczoną wartość kosztorysową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kosztorys inwestorski jest zgodny rzeczowo i finansowo z zestawieniem rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### II. Weryfikacja ofert

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Oferty przedstawiają zakres rzeczowy adekwatny do zapytania ofertowego, zestawienia rzeczowo-finansowego operacji oraz opisu zadań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskodawca dokonał wyboru oferty zgodnie z kryteriami określonymi w zapytaniu ofertowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Weryfikacja racjonalności kosztów

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Planowany zakres rzeczowy operacji jest uzasadniony planowanymi do osiągnięcia efektami (celami i rezultatami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Koszty kwalifikowalne poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji odpowiadają cenom rynkowym i są właściwie uzasadnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dane finansowe we wniosku i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi: (w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

.....  
.....  
.....  
.....



**B5: WERYFIKACJA KRZYŻOWA****I. Weryfikacja krzyżowa w ramach działania "Wdrażanie projektów współpracy" objętego PROW 2007-2013**

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
1. Numer NIP Wnioskodawcy występuje w OFSA-PROW-DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

.....

2. Na podstawie danych zamieszczonych w OFSA-PROW-DD, występuje podejrzenie pokrywania się zakresu rzeczowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

.....

3. Na podstawie kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, stwierdzono pokrywanie się zakresu rzeczowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**II. Wynik weryfikacji krzyżowej**

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
Operacja, o której wsparcie ubiega się LGD nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach działania 421 "Wdrażanie projektów współpracy" objętego PROW 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

**Zatwierdził\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

## B6: WERYFIKACJA ZALICZKI

<b>Weryfikujący DO</b>			<b>Sprawdzający DO</b>		
<b>TAK</b>	<b>UZUP</b>	<b>ND</b>	<b>TAK</b>	<b>UZUP</b>	<b>ND</b>

1. Wnioskowana kwota zaliczki nie przekracza limitu określonego w przepisach prawa

Uwagi:

[illegible]

## I. Wstępny wynik

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego

*Data i podpis*

**Sprawdził:**

*Imię i nazwisko Sprawdzającego*

*Data i podpis*

**Zatwierdził\***

*Imię i nazwisko Zatwierdzającego*

*Data i podpis*

***Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:***

## II. Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień

Data odbioru przez Wnioskodawcę pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień:	...../...../20....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:	...../...../20....
Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień przez Wnioskodawcę:	...../...../20....

**Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu I uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji B7.II**

### III. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga II uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

**Zatwierdził\***

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień

Data odbioru przez Wnioskodawcę pisma w sprawie II uzupełnień/wyjaśnień:	...../...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia II uzupełnień/wyjaśnień przez Wnioskodawcę:	...../...../20.....

Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja II uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji B7.IV

## V. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	TAK <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* *Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk*

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego

*Data i podpis*

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego

*Data i podpis*

**Zatwierdził\***

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

*Data i podpis*

***Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:***

## VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

[illegible]

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20....
Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20....
Data nadania/złożenia dodatkowych wyjaśnień przez Wnioskodawcę:	...../...../20....

**VI.a Wynik dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący)**

.....

.....

.....

.....

**VI. b Wynik dodatkowych wyjaśnień (Sprawdzający)**

.....

.....

.....

.....

*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:*

**Zweryfikował:**

*Imię i nazwisko Weryfikującego* .....

*Data i podpis* ...../...../20...

**Sprawdził:**

*Imię i nazwisko Sprawdzającego* .....

*Data i podpis* ...../...../20...

**Zatwierdził\*:**

*Imię i nazwisko Zatwierdzającego* .....

*Data i podpis* ...../...../20...

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

.....

**Uwagi**

.....

.....

.....

.....

**B8: AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO ORAZ ZALICZKI**

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	NIE		TAK	NIE	
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kwota o jaką zaktualizowano koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/> zł
3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/> zł
4. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/> zł
5. Wnioskodawcy przysługuje zaliczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 a. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji dotyczyła inwestycyjnych kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 b. Kwota o jaką zaktualizowano inwestycyjne koszty kwalifikowalne	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/> zł
5 c. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/> zł
5 d. Wnioskowana kwota pomocy przypadająca na koszty kwalifikowalne realizacji operacji w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/> zł
5 e. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty zaliczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 f. Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/> zł

Uwagi: (w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

.....

.....

.....

.....

.....

**B9: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWEJ ORAZ ZALICZKI**

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

**Zatwierdził\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....



**CZĘŚĆ C: WERYFIKACJA RZETELNOŚCI ORAZ WIZYTACJA W MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU**

[illegible]

*Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu*

[illegible]

*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:*

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis ..... /...../ 20.....

***Sprawdził:***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis ..... /...../ 20.....

**Zatwierdził\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

*Data i podpis* ..... /...../ 20.....

*Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego*

.....

.....

.....

.....

.....

**I. Wstępny wynik wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu**

<b>Data przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu:</b>	...../...../20....					
	<b>Weryfikujący</b>		<b>Sprawdzający</b>		<b>Zatwierdzający *</b>	
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis

...../...../20...

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis

...../...../20...

**Zatwierdził\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis

...../...../20...

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

.....

**II. Zakres wymaganych wyjaśnień:****Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień**

	<b>Weryfikujący</b>		<b>Sprawdzający</b>	
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
1. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
2. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
3. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
4. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20....
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez Wnioskodawcę:	...../...../20....

III. Wynik wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

**Zweryfikował:**  
Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis ...../...../20...

**Sprawdził:**  
Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis ...../...../20...

**Zatwierdził\*:**  
Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis ...../...../20...

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Uwagi**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## CZĘŚĆ D: OCENA PUNKTOWA PROJEKTU WSPÓŁPRACY

**Ocena projektu współpracy dotyczy tylko operacji polegającej na realizacji projektu współpracy**

	Weryfikujący	Sprawdzając
1. W realizację projektu współpracy zaangażowanych jest więcej niż dwóch partnerów (0 albo 4pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
2. W projekcie współpracy została określona i opisana grupa podmiotów, do których ten projekt jest skierowany lub których udział założono w realizacji projektu (0 albo 4pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
3. Cele projektu współpracy są mierzalne, określone w czasie i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji projektu (0 albo 4pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
4. Projekt współpracy ma innowacyjny charakter dla danego obszaru (0 albo 3pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
5. Projekt współpracy opiera się na lokalnych zasobach (0 albo 3pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
6. Zadania objęte projektem współpracy wykraczają poza wymianę doświadczeń między partnerami (0 albo 8pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
7. Realizacja projektu współpracy pozwoli na pobudzenie lub utrzymanie aktywności środowisk lokalnych w trakcie lub po zakończeniu realizacji projektu(0 albo 6pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
8. Zarządzanie projektem współpracy – kwalifikacje i doświadczenie koordynatora istotne z punktu widzenia realizacji projektu współpracy, a jeżeli LGD ubiegająca się o przyznanie pomocy nie jest koordynującą LGD, o której mowa w art. 39 ust. 1 rozporządzenia nr 1974/2006, kwalifikacje i doświadczenie osoby ze strony LGD ubiegającej się o przyznanie pomocy, która będzie współpracować z koordynatorem:		
8.1 w przypadku międzynarodowych projektów współpracy – udokumentowana znajomość co najmniej jednego języka roboczego Unii Europejskiej (angielski, niemiecki lub francuski) lub języka kraju, z którego pochodzi partner projektu współpracy (0 albo 5pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
8.2 Udokumentowane doświadczenie w zarządzaniu projektami o zakresie podobnym do zakresu ocenianego projektu współpracy:		
a) powyżej 2 projektów - 4pkt	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
b) 1 lub 2 projekty - 2pkt		
c) brak doświadczenia, o którym mowa w lit. a lub b - 0pkt		
9. Projekt współpracy będzie realizowany w sposób systematyczny i ciągły w okresie zapewniającym efektywne wydatkowanie środków finansowych (0 albo 4pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
<b>10. Suma uzyskanych punktów z oceny projektu współpracy</b>	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt

## CZĘŚĆ E: OCENA KOŃCOWA

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Wniosek kwalifikuje się do przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

*Imię i nazwisko Weryfikującego* .....

*Data i podpis* ...../...../20...

**Sprawdził:**

*Imię i nazwisko Sprawdzającego* .....

*Data i podpis* ...../...../20...

**Zatwierdził:**

*Imię i nazwisko Zatwierdzającego* .....

*Data i podpis* ...../...../20...

**CZĘŚĆ F: ODMOWA PRZYZNANIA POMOCY / POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA**

<p>Część, w której nastąpiło pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy/</p>	<div></div>
<p>Przyczyny pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy</p>	<div></div>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego

*Data i podpis*

...../...../20...

**Sprawdził:**

*Imię i nazwisko Sprawdzającego*

*Data i podpis*

...../...../20...

**Zatwierdził:**

*Imię i nazwisko Zatwierdzającego*

*Data i podpis*

...../...../20...

***Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:***

Data odbioru przez Wnioskodawcę pisma informującego o odmowie przyznania pomocy	...../...../20.....
---	---------------------

<b>WERYFIKACJA DOKUMENTÓW PRAWNEGO ZABEZPIECZENIA</b>	
---	--

**Zatwierdzający\***

**DO  
UZUP**

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notatki:

[illegible]

*\*Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk*

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego

*Data i podpis*

.....  
 .....  
 ...../...../20.....  
 .....

***Sprawdził:***

Imię i nazwisko Sprawdzającego

*Data i podpis*

/ /20

**Zatwierdził:\***

*Imię i nazwisko Zatwierdzającego*

*Data i podpis*

.....  
 ...../...../20.....

*Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego*

[illegible]

**Zatwierdził:**

*Imię i nazwisko Zatwierdzającego*

*Data i podpis*

.....

...../...../20.....