

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

<b>K-1/017</b>
----------------

**PROW 2007-2013**

**Oś 4 LEADER**

**Działanie:** 413 "Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju"  
w zakresie małych projektów

<b>Nazwa jednostki oceniającej wniosek:</b>	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
<b>Znak sprawy:</b>	
<b>Imię i nazwisko/ Nazwa Wnioskodawcy:</b>	
<b>Data przyjęcia wniosku:</b>	...../...../20.....
<b>Data rozpoczęcia biegu terminu na rozpatrzenie wniosku:</b>	...../...../20.....
<b>Tytuł operacji:</b>	

## CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

### A0: WERYFIKACJA WYBORU PRZEZ LOKALNĄ GRUPĘ DZIAŁANIA OPERACJI DO FINANSOWANIA

#### I. Weryfikacja wyboru

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. LGD jest wybrana do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Przekazany przez LGD wniosek o przyznanie pomocy został złożony w terminie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. W przekazanym przez LGD wniosku o przyznanie pomocy pomimo niewskazania adresu możliwe jest jego ustalenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. LGD dokonała wyboru operacji do wysokości limitu określonego w informacji o możliwości składania wniosków	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Wniosek o przyznanie pomocy został wypełniony przez LGD we wszystkich wymaganych pozycjach formularza	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Załączono dokumenty dotyczące wyboru przez LGD operacji do finansowania:						
6a. Lista operacji wybranych/niewybranych przez LGD do finansowania – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6b. Wniosek o przyznanie pomocy dotyczący operacji wybranej/niewybranej przez LGD do finansowania - oryginał	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6c. Uchwała właściwego organu LGD podjęta w sprawie wybrania/niewybrania przez LGD operacji do finansowania – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

#### II. Wstępny wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany przez LGD do finansowania albo nie został złożony w terminie albo nie wskazano adresu i nie jest możliwe jego ustalenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokumentacja przekazana przez LGD wymaga uzupełnień / wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek o przyznanie pomocy został wybrany przez LGD do finansowania i wnioskowana kwota pomocy mieści się w limicie określonym w informacji o możliwości składania wniosków	<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:

.....

.....

.....

.....

.....

III. Zakres wymaganych uzupełnień/wyjaśnień składanych przez LGD

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
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"/>
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"/>
5. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data doręczenia LGD pisma w sprawie uzupełnień/ wyjaśnień:	...../...../20.....
Uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia uzupełnień/wyjaśnień:	...../...../20.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania i wnioskowana kwota pomocy mieści się w limicie określonym w informacji o możliwości składania wniosków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany do finansowania albo wniosek o przyznanie pomocy został wybrany przez LGD do finansowania ale wnioskowana kwota pomocy nie mieści się w limicie określonym w informacji o możliwości składania wniosków	<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:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A1: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wnioskodawca 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 PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWA ORAZ ZALICZKI**

**B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI**

**I. Weryfikacja załączników**

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
<b>A. Załączniki dotyczące Wnioskodawcy</b>						
<b>A.1 Osoba fizyczna</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1. Dokument tożsamości – części dotyczące danych osobowych – kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Zaświadczenie z właściwej Ewidencji Ludności o o zameldowaniu na pobyt czasowy w miejscu zamieszkania, w przypadku, gdy jest ono różne od miejsca zameldowania na pobyt stały – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A.2 Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - dodatkowo</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>A.3 Wspólnicy spółki cywilnej - dodatkowo:</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Umowa spółki cywilnej – kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Uchwała wspólników spółki cywilnej, upoważniająca wspólnika tej spółki do ubiegania się o pomoc w imieniu wspólników spółki cywilnej, w przypadku, gdy taka uchwała została podjęta – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A.4 Osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawy przyznają zdolność prawną, utworzone na podstawie przepisów ustaw, w tym fundacje albo stowarzyszenia, które posiadają siedzibę na obszarze objętym LSR lub prowadzą działalność na tym obszarze</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Aktualny albo pełny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Umowa lub statut – (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"/>
8. Dokument(-y) określający(-e) lub potwierdzający(-e) zdolność prawną Wnioskodawcy (jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej) oraz posiadanie przez Wnioskodawcę siedziby lub prowadzenie działalności na obszarze objętym LSR – kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A.5 Osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, działająca na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, która posiadają siedzibę na obszarze objętym LSR lub prowadzą działalność na tym obszarze</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Zaświadczenie o posiadaniu osobowości prawnej przez kościelną jednostkę organizacyjną i o pełnieniu funkcji organu osoby prawnej wystawione przez Wojewodę lub MSWiA – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**A.6 Jednostka samorządu terytorialnego**

10. Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania jednostki samorządu terytorialnego – kopia<sup>1</sup>

11. Uchwała o powołaniu skarbnika – kopia<sup>1</sup>

**B. Załączniki wspólne dla Wnioskodawców**

12. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym (...) – kopia<sup>1</sup>

13. Informacja o posiadaczu numeru identyfikacyjnego producenta – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

14. Zaświadczenie o pomocy de minimis uzyskanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz dwa poprzedzające go lata podatkowe – oryginał lub kopia<sup>1</sup>

albo

Oświadczenie Wnioskodawcy o uzyskanej pomocy de minimis – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

15. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – oryginał

16. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone – oryginał lub kopia<sup>1</sup>

17a Oświadczenie Wnioskodawcy o kwalifikowalności VAT dla Wnioskodawcy będącego osobą prawną lub jednostką nieposiadającą osobowości prawnej, jeżeli Wnioskodawca będzie się ubiegał o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

albo

17b Oświadczenie Wnioskodawcy o kwalifikowalności VAT dla Wnioskodawcy będącego osobą fizyczną, jeżeli Wnioskodawca będzie się ubiegał o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

albo

17c Oświadczenie Wnioskodawcy o rezygnacji z zaliczenia podatku VAT do kosztów kwalifikowalnych – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

18. Dokument potwierdzający tytuł prawny do nieruchomości, na której realizowana będzie operacja – kopia<sup>1</sup>

19. Oświadczenie właściciela(i) lub współwłaściciela(i) 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

20. Zaświadczenie wydane przez Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków potwierdzające, że obiekt jest wpisany do rejestru zabytków lub wojewódzkiej ewidencji zabytków – oryginał lub kopia<sup>1</sup>

21. 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>

- |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. | Przyrzeczenie zaszeregowania obiektu do odpowiedniego rodzaju i kategorii (promesa) wydane na podstawie art. 39a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych lub decyzja określająca kategorię obiektu hotelarskiego, nadana na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych, w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej Wnioskodawca planuje świadczyć lub świadczy usługi turystyczne w obiektach hotelarskich – oryginał lub kopia <sup>1</sup>                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Inne decyzje, pozwolenia lub opinie organów administracji publicznej, jeżeli z odrębnych przepisów wynika obowiązek ich uzyskania w związku z realizacją operacji, o ile ich uzyskanie jest możliwe przed rozpoczęciem realizacji operacji – oryginał lub kopia <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Dokumenty potwierdzające, że operacja podlegająca wsparciu nie odpowiada warunkom przyznania pomocy w ramach działań Osi 3 – oryginał lub kopia <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Zapytania ofertowe wysłane do co najmniej 3 dostawców wraz z potwierdzeniem ich wysłania (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę) oraz 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> )<br>– w przypadku zadania, które nie będzie realizowane z zastosowaniem trybu udzielania zamówień określonego w ustawie Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004r. (Dz. U. Nr 223, poz. 1655 z późn. zm.), lub którego planowany koszt w kwocie netto przekracza 3,5 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26a | Zaświadczenie z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, wskazujące rachunek bankowy Wnioskodawcy lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza albo rachunek prowadzony w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej na rzecz Wnioskodawcy lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, na który mają być przekazane środki finansowe – oryginał, albo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26b | 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> albo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 26c | 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><br>– w przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o zaliczkę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

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

**C. Załączniki dotyczące robót budowlanych**

- |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. | Kosztorys inwestorski [sporządzony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 18 maja 2004r. 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. Nr 130 poz. 1389)] – oryginał lub kopia <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne – oryginał lub kopia <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



D.   Inne załączniki

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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 Wnioskodawcę / 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.   Wnioskodawca posiada numer identyfikacyjny nadany w trybie przepisów o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności	<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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY

	Weryfikujący DO				Sprawdzający DO			
	TAK	NIE	UZUP	ND	TAK	NIE	UZUP	ND
1. Miejsce zamieszkania osoby fizycznej albo siedziba osoby prawnej, jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, spółki cywilnej znajdują się na obszarze objętym LSR; lub Wnioskodawca wykonuje albo prowadzi działalność na obszarze objętym LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wnioskodawcą jest pełnoletnia osoba fizyczna, która jest obywatelem państwa członkowskiego UE albo pełnoletnia osoba fizyczna, która jest obywatelem państwa członkowskiego UE wykonująca działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wnioskodawcą jest: osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawy przyznają zdolność prawną, działająca na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w RP, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania albo utworzona na podstawie przepisów ustaw, w tym fundacja albo stowarzyszenie; jednostka samorządu terytorialnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cel operacji jest zgodny z celami wymienionym w PROW na lata 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"/>	
5. Operacja nie kwalifikuje się do wsparcia w ramach Osi 3 ale jest zgodna z jej celami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Operacja polegająca na realizacji szkoleń dotyczy przedsięwzięć innych niż realizowane w ramach działania 111 Szkolenia zawodowe dla osób zatrudnionych w rolnictwie i leśnictwie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Operacja inwestycyjna realizowana jest na obszarze objętym LSR	<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. Wnioskodawca realizujący operację inwestycyjną posiada prawo do dysponowania nieruchomością, na której będzie realizowana operacja, w celu określonym we wniosku przez okres 5 lat po planowanym terminie płatności ostatecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Operacja realizowana jest w nie więcej niż dwóch etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Operacja spełnia wymagania wynikające z obowiązujących przepisów prawa, które mają zastosowanie do tej 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"/>
11. Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Koszty kwalifikowalne we wniosku są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowanych w ramach działania Wdrażanie LSR objętego PROW 2007-2013 dla małych projektów oraz zasadami dotyczącymi kwalifikowalności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Całkowity koszt operacji wynosi co najmniej 4,5 tys. zł oraz nie przekracza 100 tys. zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność ostateczną, będącą refundacją kosztów kwalifikowalnych przyznawaną po zrealizowaniu całej operacji nastąpi w terminie 2 lat od dnia zawarcia umowy ale nie później niż do dnia 31 grudnia 2014 r.	<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)

.....

.....

.....

**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 określonego w ramach działania limitu pomocy na Beneficjenta w okresie realizacji Programu oraz limitu dla operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wnioskowany poziom pomocy nie przekracza 70% kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wnioskowana kwota pomocy jest pomniejszona o sumę pozyskanych środków z JST lub Funduszu Kościelnego, w przypadku gdy kwota współfinansowania przekracza 30 % kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. W przypadku operacji 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"/>
6. Koszty ogólne nie przekraczają 10% pozostałych kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wartość pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie nie przekracza 10% całkowitych kosztów kwalifikowalnych pomniejszonych o wysokość kosztów ogólnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Planowane koszty upominków i nagród nie przekraczają 5% pozostałych kosztów podlegających refundacji w ramach realizacji małych projektów	<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 zakładanymi 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 lokalnych strategii rozwoju" w zakresie małych projektów 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 Wnioskodawca nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach działania "Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju" w zakresie małych projektów 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 ...../...../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:**

.....

.....

.....

.....

**Weryfikujący**

**B7: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWEJ ORAZ ZALICZKI**

**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"/>

\* 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 I uzupełnień/wyjaśnień**

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie I uzupełnień/wyjasnień:	...../...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień przez Wnioskodawcę:	...../...../20.....

**Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjasnień oraz weryfikacja po złożeniu I uzupełnień/wyjasnień 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 ...../...../20.....

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

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

Zatwierdził:\*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

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

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

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie II uzupełnień/wyjasnień:	...../...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia II uzupełnień/wyjaśnień przez Wnioskodawcę:	...../...../20.....

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

V. Wynik weryfikacji po II 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 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 ...../...../20.....

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

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

Zatwierdził:\*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

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

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



VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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



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

Data przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu:	...../...../20.....
----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

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	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający *	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
	<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			
	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
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"/>
5. ....	<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: SPRAWDZENIE DOSTĘPNOŚCI ŚRODKÓW NA UDZIELENIE POMOCY****I. Sprawdzenie dostępności środków**

	Weryfikujący	Sprawdzający
	TAK	TAK
1. Dostępne środki na udzielenie pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brak dostępnych środków na udzielenie pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Data sprawdzenia dostępności środków	...../...../20.....	...../...../20.....

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

**Ad.2. Nie wyrażenie zgody Wnioskodawcy na oczekiwanie na zwolnienie środków – dotyczy roku, w którym po raz ostatni zostanie podana do publicznej wiadomości informacja o możliwości składania wniosków w ramach działania 413 w zakresie małych projektów, tj. operacji, które nie odpowiadają warunkom przyznania pomocy w ramach Osi 3, ale przyczyniają się do osiągnięcia celów tej Osi**

Nie wyrażenie zgody, a tym samym rezygnacja z realizacji operacji, powinna zostać przesłana w terminie do dnia.....

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wnioskodawca zgodził się na oczekiwanie na zwolnienie środków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskodawca nie zgodził się na oczekiwanie na zwolnienie środków, zrezygnował z realizacji operacji	<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:

.....

.....

.....

.....

.....

## II. Ponowne sprawdzenie dostępności środków

	Weryfikujący	Sprawdzający
	TAK	TAK
1. Dostępne środki na udzielenie pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brak dostępnych środków na udzielenie pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Data sprawdzenia dostępności środków	...../...../20.....	...../...../20.....

PRYZNANY POZIOM DOFINANSOWANIA  
KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ KOSZTÓW (w%)

max. 70%

PRYZNANA KWOTA POMOCY FINANSOWEJ (w zł) .....

Słownie:

.....  
.....złotych

## III. Źródła finansowania operacji

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA [w zł]	
Środki publiczne, w tym:	
a. wkład EFRROW	
b. budżet państwa	

## IV. Wynik sprawdzenia dostępności środków

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy przewidziany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek o przyznanie pomocy nie podlega finansowaniu	<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.....

Uwagi:

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



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

[illegible]

**Zweryfikował:**

*Imię i nazwisko Weryfikującego*

*Data i podpis*

***Sprawdził:***

*Imię i nazwisko Sprawdzającego*

*Data i podpis*

**Zatwierdził:**

*Imię i nazwisko Zatwierdzającego*

*Data i podpis*

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma informującego o pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia / odmowie przyznania pomocy	...../...../20.....
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

Uwagi:

WERYFIKACJA DOKUMENTÓW PRAWNEGO ZABEZPIECZENIA

	Weryfikujący			Sprawdzający			Zatwierdzający*		
	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Złożone dokumenty prawnego zabezpieczenia są poprawne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notatki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*\*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

.....

.....

.....

.....

.....

**Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

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