

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU
O PRYZNANIE POMOCY**

K-1/017

PROW 2007-2013

Oś 4 LEADER

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

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
Znak sprawy:	
Imię i nazwisko/ Nazwa Wnioskodawcy:	
Data przyjęcia wniosku:	...../...../20.....
Tytuł operacji:	

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. 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"/>
5. Załączono dokumenty dotyczące wyboru przez LGD operacji do finansowania:						
5a. Lista operacji wybranych/niewybranych przez LGD do finansowania – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5b. 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"/>
5c. Uchwała właściwego organu LGD podjęta w sprawie wybrania/niewybrania przez LGD operacji do finansowania – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

¹kopia 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. Wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany 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 do finansowania	<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 I uzupełnień/wyjaśnień składanych przez LGD

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

Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu I uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji A0.III

IV. Wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania po I uzupełnieniach / wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokumentacja przekazana przez LGD wymaga II uzupełnień / wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany do finansowania	<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:

.....

.....

.....

.....

.....

V. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień składanych przez LGD

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

Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu II uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji A0.V

VI. Wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania po II uzupełnieniach / wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany do finansowania albo na podstawie dokumentacji przekazanej przez LGD nie można stwierdzić, że wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania	<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:

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

CZĘŚĆ A01: SPRAWDZENIE DOSTĘPNOŚCI ŚRODKÓW NA OPERACJĘ W RAMACH NABORU**I. Sprawdzenie dostępności środków**

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK
Kwota dostępnych środków w ramach danego naboru	.....	.....
1. Wnioskowana kwota pomocy mieści się w kwocie środków dostępnych dla danego naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy nie mieści się w kwocie środków dostępnych dla danego naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data sprawdzenia dostępności środków	...../...../20.....	...../...../20.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Ad.2. I. Decyzja Wnioskodawcy w sprawie oczekiwania na zwolnienie środków

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

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* TAK
1. Wnioskodawca nie odpowiedział na pismo P-14/017 lub 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 ubiegania się o przyznanie 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:

.....

.....

.....

.....

.....

II. Ponowne sprawdzenie dostępności środków

	Weryfikujący	Sprawdzający
	TAK	TAK
1. Wnioskowana kwota pomocy mieści się w kwocie środków dostępnych dla danego naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy nie mieści się w kwocie środków dostępnych dla danego naboru	<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

III. Wynik sprawdzenia dostępności środków na operację w ramach naboru

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy jest 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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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 PRZYZNAWANIA 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
A. Załączniki dotyczące Wnioskodawcy						
A.1 Osoba fizyczna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1. Dokument tożsamości – części dotyczące danych osobowych – kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Zaświadczenie z właściwej Ewidencji Ludności 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"/>
A.2 Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - dodatkowo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.3 Wspólnicy spółki cywilnej - dodatkowo:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Umowa spółki cywilnej – kopia ¹	<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 ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.4 Osoba prawna (inna niż w polach A.5 i A.6) albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, którym ustawy przyznają zdolność prawną, jeżeli posiadają siedzibę na obszarze objętym LSR lub prowadzą działalność na tym obszarze	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Aktualny albo pełny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – oryginał lub kopia ¹	<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 jest to pierwszy wniosek albo jeżeli dokument złożony z poprzednim wnioskiem uległ zmianie) – oryginał lub kopia ¹	<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 ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<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 ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A.6 Jednostka samorządu terytorialnego z wyłączeniem województwa oraz wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych

<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania jednostki samorządu terytorialnego – kopia¹

11. Uchwała o powołaniu skarbnika – kopia¹

B. Załączniki wspólne dla Wnioskodawców

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym (...) – kopia¹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. Dokumenty potwierdzające, że operacja podlegająca wsparciu nie odpowiada warunkom przyznania pomocy w ramach działań Osi 3 – oryginał lub kopia¹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Zaświadczenie o pomocy de minimis uzyskanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz dwa poprzedzające go lata podatkowe – oryginał lub kopia¹
albo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

17. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone – oryginał lub kopia¹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

18a 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

18b 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

18c Oświadczenie Wnioskodawcy 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. Dokument potwierdzający tytuł prawny do nieruchomości, na której realizowana będzie operacja – kopia¹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

20. 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

21. Zaświadczenie o wpisie obiektu do rejestru zabytków lub ewidencji zabytków – oryginał lub kopia¹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

22. 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 kopia¹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | | |
|--|--|--|
| 23. Przyrzeczenie zaseregowania 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 ¹ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24a 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"/> |
| 24b 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 ¹ albo | | |
| 24c 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 ¹ | | |
| 25. Wycena wraz z opinią rzeczoznawcy określająca wartość rynkową wkładu niepieniężnego w postaci udostępnienia nieruchomości – oryginał lub kopia ¹ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Weryfikujący
DO
TAK UZUP ND

Sprawdzający
DO
TAK UZUP ND

C. Załączniki dotyczące robót budowlanych

- | | | |
|--|--|--|
| 26. 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 ¹ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27. Szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne – oryginał lub kopia ¹ | <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"/>
28.	<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"/>	

¹kopia 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, w tym:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez Wnioskodawcę / osobę reprezentującą Wnioskodawcę / pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Dane Wnioskodawcy wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA 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 albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawy przyznają zdolność prawną, z wyłączeniem województwa oraz wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych	<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. Operacja jest zgodna z celami wymienionym w PROW na lata 2007-2013 a 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 i innych przedsięwzięć o charakterze edukacyjnym i warsztatowym 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 polegająca na prowadzeniu badań nad obszarem wdrażania LSR dotyczy innych przedsięwzięć niż realizowane w ramach działania 431 Funkcjonowanie lokalnej grupy działania, nabywanie umiejętności i aktywizacja	<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 polegająca na uzyskaniu certyfikatów i uczestnictwie w systemach jakości dotyczy innych przedsięwzięć niż realizowane w ramach działania 132 Uczestnictwo rolników w systemach jakości żywności	<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 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"/>	
10. 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"/>
11. Wnioskodawca realizujący operację inwestycyjną posiada prawo do dysponowania nieruchomością, na której będzie realizowana operacja, w celu określonym we wniosku przez okres 5 lat od dnia przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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"/>	
13. 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"/>	
14. 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"/>	
15. 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:

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 wkład własny Wnioskodawcy w finansowanie operacji	<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 pomniejszonych o wartość wkładu niepieniężnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wartość wkładu niepieniężnego nie przekracza 30% pozostałych kosztów kwalifikowalnych operacji pomniejszonych o wysokość kosztów ogólnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

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 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"/>

Uwagi:

B5: WERYFIKACJA KRZYŻOWA**I. Weryfikacja krzyżowa w ramach działania "Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju" w zakresie małych projektów objętego PROW 2007-2013**

	Weryfikujący DO				Sprawdzający DO			
	TAK	NIE	UZUP	ND	TAK	NIE	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 DO		Sprawdzający DO		Zatwierdzający*	
	TAK	UZUP	TAK	UZUP	TAK	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:

.....

.....

.....

.....

B6: WERYFIKACJA ZALICZKI

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Wnioskowana kwota zaliczki nie przekracza limitu określonego w przepisach prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

B7: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA 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

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 doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień:	...../...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../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

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

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Data i podpis

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

Zatwierdził:*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie II uzupełnień/wyjaśnień:	...../...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../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*
	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

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

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Data i podpis

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

Zatwierdził:*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

[illegible]

VI.a Wynik dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący)

[illegible]

 ____/____/20____

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

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

.....

.....

.....

.....

B8. AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO ORAZ ZALICZKI

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	NIE		TAK	NIE	
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5a. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji dotyczyła inwestycyjnych kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5f. Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B9. WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA 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:

.....

.....

.....

.....

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

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.....

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający *	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził: *

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO ORAZ ZALICZKI PO WIZYTACJI W MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

	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"/>
3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Wnioskodawcy przysługuje zaliczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji dotyczyła inwestycyjnych kosztów 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"/>
5c. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>
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"/>

II. WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy jest przewidziany do finansowania	<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 /
WYCOFANIE WNIOSKU**

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia	<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"/>
3. Wniosek został wycofany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część, w której nastąpiło/a pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku	.....

<p>Przyczyny pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy</p>	
---	--

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/...../20.....
------	------------	--------------	-------	---------------------

Uwagi:

WERYFIKACJA DOKUMENTÓW PRAWNEGO ZABEZPIECZENIA ZALICZKI

	Weryfikujący			Sprawdzający			Zatwierdzający*		
	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Złożone dokumenty prawnego zabezpieczenia są poprawne	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" 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.....