

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-1/194

PROW 2007-2013

Oś 4: LEADER

Działanie 431: Funkcjonowanie lokalnej grupy działania,
nabywanie umiejętności i aktywizacja

Rodzaj płatności:

pośrednia

☐

Wniosek dotyczy ostatniego etapu,
w ramach danego Szczegółowego
opisu zadań

☐

ostateczna

☐

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
Znak sprawy:	
Nazwa Beneficjenta:	
Numer umowy przyznania pomocy:	
Data złożenia wniosku:/...../20.....

CZEŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek złożono zgodnie z terminem określonym w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent 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"/>

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.....

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	ND	TAK	DO UZUP.	ND
1. Faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej (w tym umowy o dzieło, zlecenia i inne umowy cywilnoprawne) - kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Umowy o pracę z listami płac oraz zakresy czynności pracowników - kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dowody zapłaty - kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Umowy z dostawcami lub wykonawcami zawierające specyfikację będącą podstawą wystawienia każdej z przedstawionych faktur lub innych dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, jeżeli nazwa towaru lub usługi w przedstawionej fakturze lub dokumencie o równoważnej wartości dowodowej, odnosi się do umów zawartych przez Beneficjenta lub nie pozwala na precyzyjne określenie kosztów kwalifikowalnych - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wyjaśnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach zrealizowanego opisu zadań w przypadku, gdy faktycznie poniesione koszty kwalifikowalne w poszczególnych pozycjach zrealizowanego opisu zadań będą niższe albo wyższe o więcej niż 10% w stosunku do wartości określonych w zaakceptowanym opisie zadań. - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Protokoły odbioru prac związanych z adaptacją lub remontem pomieszczeń biurowych albo oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu ww. prac z udziałem środków własnych - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Interpretacja indywidualna wydana przez organ upoważniony, w przypadku, gdy Beneficjent złożył do wniosku o przyznanie pomocy oświadczenie o kwalifikowalności VAT oraz wykazał w kosztach kwalifikowalnych VAT - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Oświadczenie, że dołączone do wniosku kopie przelewu podatku dochodowego od osób fizycznych, kopie przelewu składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz ubezpieczenia zdrowotne dotyczą pracowników LGD, których zatrudnienie niezbędne jest do realizacji operacji - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zaświadczenia, pozwolenia lub licencje, dołączone do wniosku o płatność ostateczną, jeżeli są wymagane przepisami prawa krajowego - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pełnomocnictwo - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dokument potwierdzający numer rachunku prowadzonego przez bank lub przez spółdzielczą kasę oszczędnościowo - kredytową beneficjenta lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, na który mają być przekazane środki finansowe – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Umowa cesji wierzytelności - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Sprawozdanie z realizacji operacji – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwemu organowi, potwierdzone przez ten organ - kopia ² wraz z:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14a. oświadczeniem wnioskodawcy, że w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b. potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dokumenty dotyczące rozliczenia w zakresie przeprowadzonych zadań o charakterze edukacyjnym, wydarzeń promocyjnych lub kulturalnych, opracowania dotyczącego obszaru objętego LSR oraz udzielonego doradztwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15a. Karta udzielonego doradztwa - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b. Rozliczenie w zakresie opracowania dotyczącego obszaru objętego LSR - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15c. Rozliczenie zadania o charakterze edukacyjnym oraz wydarzeń promocyjnych lub kulturalnych - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15d. Lista obecności - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15e. Rozliczenie w zakresie upominków i nagród - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Inne załączniki	<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"/>
...	<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"/>

1 kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika urzędu marszałkowskiego / wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej, realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy albo jeśli postanowienia umowy tak przewidują - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez LGD i dodatkowo w przypadku faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej - osteplowane pieczątką "Przedstawiono do refundacji w ramach PROW na lata 2007-2013".

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

III. 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 osobę reprezentującą Beneficjenta / 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 identyfikacyjne Beneficjenta wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<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)

.....

.....

.....

.....

.....

I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą kwoty kosztów kwalifikowalnych oraz kwoty pomocy

[illegible]

II. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie odmową wypłaty pomocy

[illegible]

Uwagi:

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

B3: WERYFIKACJA POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM	
---	--

[illegible]

Uwagi:

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

B4: WERYFIKACJA SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

Weryfikujący		Sprawdzający	
TAK	DO UZUP.	TAK	DO UZUP.

Uwagi:

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

[illegible]

B5: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
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 wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:
Imię i nazwisko Weryfikującego
Data i podpis
Sprawdził:
Imię i nazwisko Sprawdzającego
Data i podpis
Zatwierdził:
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis
** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk*

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C: WYNIK WERYFIKACJI

C1: ZAKRES WYMAGANYCH UZUPEŁNIEŃ/WYJAŚNIEŃ

I. Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień:

Data doręczenia Beneficjentowi 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 C1.I

II. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/wyjaśnieniach:

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny lub wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych	<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 wypłaty pomocy	<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.....

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień:

Data doręczenia Beneficjentowi 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 C1.III

IV. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach:

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny lub wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<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.....

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

V. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

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

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

Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień (Sprawdzający):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

I. Weryfikacja krzyżowa z PO w ramach NSRO oraz PO "Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich 2007-2013" (PO RYBY 2007-2013)

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO UZUP.	N/D	TAK	NIE	DO UZUP.	N/D
1a. Numer NIP Beneficjenta występuje w KSI SIMIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1b. Numer NIP Beneficjenta występuje w <i>Raporcie podstawowym przekazanym przez ARiMR</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1c. Numer NIP Beneficjenta występuje w OFSA-PROW-DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

.....

.....

2a. Na podstawie karty informacyjnej dostępnej w KSI SIMIK 2007-2013 / szczegółowych danych uzyskanych z właściwej instytucji, występuje podejrzenie niedozwolonego podwójnego finansowania operacji ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2b. Na podstawie <i>Raportu podstawowego</i> występuje podejrzenie niedozwolonego podwójnego finansowania operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2c. Na podstawie danych zamieszczonych w OFSA-PROW-DD, występuje podejrzenie niedozwolonego podwójnego finansowania operacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

.....

3a. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji z PO w ramach NSRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej lub innych dokumentów stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji z PO RYBY 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej lub innych dokumentów stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach działania „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"/>

Zakres wymaganych wyjaśnień Beneficjenta:

.....

.....

.....

.....

Data doręczenia Beneficjentowi pisma:/...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień:/...../20.....

4a. Po wyjaśnieniach Beneficjenta stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji z PO w ramach NSRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Po wyjaśnieniach Beneficjenta stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji z PO RYBY 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c. Po wyjaśnieniach Beneficjenta stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach działań 421 oraz 431	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a. Operacja została sfinansowana z udziałem środków PO w ramach NSRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5b. Operacja została sfinansowana z udziałem środków z PO RYBY 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5c. Operacja została sfinansowana w ramach działań 421 oraz 431	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

III. Wynik kontroli krzyżowej

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Operacja została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych niż przewidziane w rozporządzeniu ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

3 weryfikacja na podstawie szczegółowych danych uzyskanych z właściwej instytucji wdrażającej odbywa się tylko w sytuacjach wyjątkowych związanych z niedostępnością KSI SIMIK

4 rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 maja 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania oraz wypłaty pomocy finansowej w ramach działania 431 "Funkcjonowanie lokalnej grupy działania, nabywanie umiejętności i aktywizacja" objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz.U. Nr 103, poz. 660 z późn. zm.)

C3: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM, KONTROLI KRZYŻOWEJ ORAZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i nie wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych i kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych i kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<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....

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

CZĘŚĆ D: KONTROLA NA MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU

D1: WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA WIZYTACJI W MIEJSCU

	Weryfikujący			Sprawdzający			Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND	TAK	NIE
1. Beneficjent na etapie weryfikacji WoPP spełniał wymogi rzetelności w odniesieniu do operacji realizowanych od 2000 roku i współfinansowanych w ramach PO SAPARD, SPO "Restrukturyzacja...", PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>		
2. Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizytacji w miejscu	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>

Uzasadnienie konieczności / braku konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu.

Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem.

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....

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk*

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

Uwagi:

D2: WSTĘPNY WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU

I. Przyczyna kontroli na miejscu / wizytacji w miejscu

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wizytacja w miejscu na zlecenie komórki merytorycznej UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kontrola na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

3. Z raportu z czynności kontrolnych 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"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.....

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

II. Zakres wymaganych wyjaśnień:

Data doręczenia Beneficjentowi pisma:/...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień:/...../20.....

Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK		TAK	
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"/>

D3: WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i nie wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych i kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych i kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<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....

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH

- | | | |
|--|--|----|
| 1. Kwota korekty w wyniku kontroli administracyjnej (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 6 nie zaznaczono kodów) | | zł |
| 2. Kwota korekty w wyniku kontroli na miejscu (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 6 zaznaczono kody) | | zł |
| 3. Przyczyna korekty kwoty pomocy w wyniku kontroli na miejscu (kod): | | |

E2: ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający	
			TAK	NIE	TAK	NIE
I. Koszty kwalifikowalne						
1.	Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Kwota zakwestionowanych kosztów z faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II. Kwota pomocy						
5.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	Różnica pomiędzy kwotą pomocy dla danego etapu operacji wg wniosku a kwotą pomocy dla danego etapu operacji wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	Kwota do refundacji (po weryfikacji)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Słownie złotych:	<input type="text"/>				
9a.	Kwota zrefundowanych kosztów bieżących	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Słownie złotych:	<input type="text"/>				

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:

.....

.....

.....

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:

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

E3: ROZLICZENIE ZALICZKI

I. Wyliczenie kwoty zaliczki do odliczenia w danym etapie operacji (w części E2.II pkt 9)

1. Kwota wypłaconej zaliczki

2. Zwrócona kwota zaliczki

3. Kwota zaliczki do zwrotu

4. Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę

5. Kwota do refundacji
(po rozliczeniu zaliczki)
w tym:

Środki UE

Środki krajowe

6. Pozostała kwota zaliczki do zwrotu

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

II. Rozliczenie kwoty zaliczki (w przypadku wniosku o płatność ostateczną)

1. Wypłacona kwota zaliczki

zł

2. Przysługująca kwota zaliczki

zł

3. Różnica

zł

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY / WYCOFANIE WNIOSKU	
Część karty, w której nastąpiła odmowa wypłaty pomocy / wycofanie wniosku w całości / w części	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
Przyczyna odmowy wypłaty pomocy	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o odmowie wypłaty pomocy / wycofania wniosku w całości / w części:/...../20....
---	--------------------

Uwagi: