

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

<b>K/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>Tytuł operacji:</b>	

**CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA****A0: WERYFIKACJA WYBORU PRZEZ LOKALNĄ GRUPĘ DZIAŁANIA OPERACJI DO FINANSOWANIA****I. Weryfikacja wyboru przez LGD operacji do finansowania została dokonana w Karcie weryfikacji dokumentów dotyczących wyboru operacji do finansowania przez lokalną grupę działania**

Data przekazania do SW przez LGD dokumentacji dotyczącej całego naboru

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

Data przeprowadzenia weryfikacji

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

Data naboru

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

**II. Weryfikacja wyboru**

	Weryfikujący			Adnotacje
	TAK	NIE	DO UZUP	
1. Nazwa LGD				
2. LGD jest wybrana do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Przekazany przez LGD wniosek o przyznanie pomocy został złożony w terminie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. W przekazanym przez LGD wniosku o przyznanie pomocy pomimo niewskazania adresu możliwe jest jego ustalenie	<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"/>	
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"/>	
6b. Wniosek o przyznanie pomocy dotyczący operacji wybranej/niewybranej przez LGD do finansowania - oryginał	<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"/>	

<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.

**III. 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"/>

**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 Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

**IV. 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.IV

**V. 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"/>

**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 Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

**VI. 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.VI

**VII. 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"/>

**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:  
.....  
.....  
.....  
.....

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

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

**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 Weryfikującego i Sprawdzającego

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 naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy nie mieści się w kwocie środków dostępnych dla naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Data sprawdzenia dostępności środków	...../...../20.....	...../...../20.....

### Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

### Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

## III. Wynik sprawdzenia dostępności środków na operację w ramach ostatniego 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

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

### Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

### Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

**A1: WERYFIKACJA WSTĘPNA**

Weryfikujący

Adnotacje

TAK

NIE

1. Wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej

☐☐**I. Wynik weryfikacji wstępnej**

Weryfikujący

Sprawdzający

Zatwierdzający\*

TAK

NIE

TAK

NIE

TAK

NIE

Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny

☐☐☐☐☐☐**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 ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWA ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI**

**B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI**

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP	
Wniosek został złożony w postaci dokumentu elektronicznego zapisanego na informatycznym nośniku danych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**I. Weryfikacja załączników**

	Weryfikujący			Adnotacje
	TAK	DO UZUP	ND	
<b>A. Załączniki dotyczące Wnioskodawcy</b>				
<b>A.1 Osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1. Dokument tożsamości – części dotyczące danych osobowych – kopia <sup>1</sup>	<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"/>	
<b>A.2 Wspólnicy spółki cywilnej - dodatkowo:</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. Umowa spółki cywilnej – kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. 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"/>	
<b>A.3 Osoba prawna (inna niż w polach A.4 i A.5) albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, którym ustawy przyznają zdolność prawną, jeżeli posiadają siedzibę na obszarze objętym LSR lub prowadzą działalność na tym obszarze</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. Umowa lub statut – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 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"/>	
<b>A.4 Osoba prawna albo 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"/>	





12.4.b Formularze rozliczeniowe Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o przyznanie pomocy – w przypadku Wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą, którzy w związku z realizacją operacji nie planują utworzenia miejsc pracy – kopie <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12.5 Inne 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"/>	_____
13. Zaświadczenie o pomocy de minimis uzyskanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz dwa poprzedzające go lata podatkowe – kopia <sup>1</sup> albo Oświadczenie Wnioskodawcy o nie uzyskaniu pomocy de minimis – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Sprawozdania finansowe za okres 3 ostatnich lat obrotowych, sporządzone zgodnie z przepisami o rachunkowości – w przypadku podmiotów, które mają obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych – kopie <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone – oryginał lub kopia <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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				
18. Numer elektronicznej księgi wieczystej dostępnej w przeglądarce ksiąg wieczystych na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości albo Dokument potwierdzający tytuł prawny do nieruchomości, na której realizowana będzie operacja –	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Dokument potwierdzający wpis zabytku do rejestru zabytków lub ewidencji zabytków wydany przez organ prowadzący rejestr lub daną ewidencję zabytków, zgodnie z ustawą z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (Dz. U. z 2003 r., Nr 162, poz. 1568, z późn. zm.) – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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 polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – 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 świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – oryginał lub kopia<sup>1</sup>

--	--	--

---

23. Dokument potwierdzający numer rachunku bankowego Wnioskodawcy lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo – kredytową w przypadku, gdy Wnioskodawca ubiega się o zaliczkę albo wyprzedzające finansowanie kosztów kwalifikowalnych – oryginał lub kopia<sup>1</sup>

--	--	--

---

24. Wycena rzeczoznawcy określająca wartość rynkową wkładu niepieniężnego w postaci udostępnienia nieruchomości – oryginał lub kopia<sup>1</sup>

--	--	--

---

**C. Załączniki dotyczące robót budowlanych**

--	--	--

---

25. 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>

--	--	--

---

26. Szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne – oryginał lub kopia<sup>1</sup>

--	--	--

---

**D. Inne załączniki**

--	--	--

---

27. ....

--	--

---

28. ....

--	--

---

29. ....

--	--

---

30. ....

--	--

---

<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

<sup>2</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 lub Wnioskodawcę lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych

II. Weryfikacja wniosku

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP	
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w tym:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez Wnioskodawcę / osobę reprezentującą Wnioskodawcę / pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2.2 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2.3 Dane Wnioskodawcy wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2.4 Dane finansowe we wniosku i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

**B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNANAWANIA POMOCY**

	Weryfikujący DO				Adnotacje
	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"/>		
2. Wnioskodawcą jest pełnoletnia osoba fizyczna, która jest obywatelem państwa członkowskiego UE, która ubiega się o przyznanie pomocy na operację w zakresie 15.2.1 (Promocja i organizacja lokalnej twórczości kulturalnej lub aktywnego trybu życia, z wyłączeniem remontu i budowy budynków mieszkalnych) lub 15.5.2 (Kultywowanie: miejscowych tradycji, obrzędów i zwyczajów; języka regionalnego i gwary; tradycyjnych zawodów i rzemiosła) albo Wnioskodawcą jest pełnoletnia osoba fizyczna, która jest obywatelem państwa członkowskiego UE wykonująca działalność gospodarczą	<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	<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"/>		
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"/>		
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"/>	
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"/>	
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"/>	
9. Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w rozporządzeniu	<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"/>	
11. Wnioskodawca realizujący operację inwestycyjną posiada prawo do dysponowania nieruchomością, na której będzie realizowana operacja na okres co najmniej 5 lat od dnia przyznania pomocy	<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"/>		

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 ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_
14. Całkowity planowany koszt operacji wynosi co najmniej 4,5 tys. zł oraz nie przekracza 100 tys. zł ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_
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 przewiduje § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia. ☐ ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_
16. Wnioskodawcy, który jest podmiotem gospodarczym, może zostać udzielona pomoc de minimis ☐ ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**B3: WERYFIKACJA LIMITU I POZIOMU POMOCY****I. Weryfikacja limitu i poziomu pomocy**

	Weryfikujący			Adnotacje
	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"/>		
2. Wnioskowany poziom pomocy nie przekracza 80% kosztów kwalifikowalnych operacji	<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"/>	
4. Wnioskowana kwota pomocy nie jest wyższa niż suma kosztów kwalifikowalnych pomniejszona o wkład niepieniężny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. W przypadku gdy operacja jest współfinansowana z dozwolonych środków publicznych a kwota tego finansowania przekracza wysokość wkładu własnego Wnioskodawcy należy zweryfikować, czy wnioskowana kwota pomocy została pomniejszona o kwotę, która stanowi różnicę pomiędzy kwotą współfinansowania z innych środków publicznych oraz kwotą wkładu własnego Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 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"/>	
7. Koszty ogólne nie przekraczają 10% pozostałych kosztów kwalifikowalnych operacji pomniejszonych o wartość wkładu niepieniężnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

**B4. WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW****I. Weryfikacja kosztorysu na roboty budowlane**

	Weryfikujący		Adnotacje
	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"/>	
2. Kosztorys zawiera poprawnie wyliczoną wartość kosztorysową	<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"/>	

**II. Weryfikacja racjonalności kosztów**

1. Planowany zakres rzeczowy operacji jest uzasadniony zakładanymi do osiągnięcia efektami (celami i rezultatami)	<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"/>	

Uwagi:

**B5: WERYFIKACJA KRZYŻOWA****I. Weryfikacja krzyżowa w ramach PROW 2007-2013, SPO ROL 2004-2006 oraz KSOW****A. działania: 313,322,323; 413\_313,322,323; 413\_MP w ramach PROW 2007-2013 obsługiwane przez UM**

	Weryfikujący				Adnotacje
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	
1. Wnioskodawca występuje jako Wnioskodawca lub Beneficjent w ramach ww. działań w OFSA-PROW-DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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"/>	

**Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:**

.....

.....

.....

3. Na podstawie danych z innych wniosków złożonych przez Wnioskodawcę w UM, występuje podejrzenie pokrywania się zakresu rzeczowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--

**Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:**

.....

.....

.....

4. 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"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

**B. działanie 2.4 SPO ROL 2004-2006 / działania: 311; 312; 413\_311; 413\_312 w ramach PROW 2007-2013 obsługiwane przez Oddział Regionalny ARiMR**

	DO		
	NIE	UZUP	
1. Wnioskodawca występuje jako Wnioskodawca lub Beneficjent w ramach ww. działań w OFSA-PROW-DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:**

.....

.....

.....

**C. działanie 2.3 SPO ROL 2004-2006 obsługiwane przez UM**

	DO		
	TAK	UZUP	
1. Operacja, o której wsparcie ubiegają się Wnioskodawca nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach operacji finansowanych w ramach działania 2.3 SPO ROL 2004-2006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:**

.....

.....

.....



**D. Operacje finansowane w ramach KSOW / działania 2.4 SPO ROL 2004-2006 oraz działań: 311; 312; 413\_311; 413\_312 PROW 2007-2013\* obsługiwane przez Oddział Regionalny ARiMR**

\* w przypadku, gdy w części B5.I. pkt.B.1 karty zaznaczono DO UZUP lub kontrola krzyżowa przeprowadzana jest bez wsparcia aplikacji OFSA-PROW-DD

Data doręczenia pisma do Sekretariatu Centralnego KSOW / Oddziału Regionalnego ARiMR:	...../...../20.....
Data wpływu kopii żądanych dokumentów:	...../...../20.....

**Weryfikujący**

**Adnotacje**

**DO  
UZUP**

**TAK**

☐
☐

1. Operacja, o której wsparcie ubiegają się Wnioskodawca nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach operacji finansowanych przez KSOW / działania 2.4 SPO ROL 2004-2006 oraz działań 311, 312, 413\_311, 413\_312 PROW 2007-2013 obsługiwanych przez OR ARiMR

**Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:**

.....

.....

.....

**II. Wynik weryfikacji krzyżowej**

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Operacja, o której wsparcie ubiega się Wnioskodawca nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach działań PROW 2007-2013, SPO ROL 2004-2006 oraz KSOW	<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:**

.....

.....

.....

.....

<b>B6: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI</b>
---

Weryfikujący

*Adnotacje*

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

1. Wnioskowana kwota zaliczki nie przekracza limitu określonego w przepisach prawa
2. Wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji nie przekracza limitu określonego w przepisach prawa

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

**I. Wstępny wynik**

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

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis ...../...../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:

.....

.....

.....

**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 przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu wykonania czynności/przywrócenie terminu do wykonania czynności	...../...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu	...../...../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"/>

#### 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:

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

### 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 przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu wykonania czynności/przywrócenie terminu do wykonania czynności	...../...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu	...../...../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"/>

#### 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:

.....  
.....

**VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień**

.....

.....

.....

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20.....
Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu wykonania czynności/przywrócenie terminu do wykonania czynności	...../...../20.....
Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu	...../...../20.....
Data nadania/złożenia dodatkowych wyjaśnień przez Wnioskodawcę:	...../...../20.....

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

**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:**

.....

.....

.....

## B8. AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

	Weryfikujący			<i>Adnotacje</i>
	TAK	NIE		
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
2. Kwota o jaką Wnioskodawca zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie UM	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
2a. Kwota o jaką UM zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
<b>3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych</b>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
<b>4. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania</b>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
5. Wnioskodawcy przysługuje zaliczka	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
5a. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji dotyczyła inwestycyjnych kosztów kwalifikowalnych	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
5b. Kwota o jaką zaktualizowano inwestycyjne koszty kwalifikowalne	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
5c. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych w części dotyczącej inwestycji	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
5d. Wnioskowana kwota pomocy przypadająca na koszty kwalifikowalne realizacji operacji w części dotyczącej inwestycji	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
5e. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty zaliczki	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
5f. Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			
6. Wnioskodawcy przysługuje wyprzedzające finansowanie kosztów kwalifikowalnych operacji	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
6a. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
6b. Ostateczna wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> zł			

**Uwagi:**

**B9. WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWEJ ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI**

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

**Zatwierdzający\***  
**TAK      NIE**

### *Adnotacije*

- Page 10

...../...../.....

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

*Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu albo odstąpienia od przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu. Elementy podlegające sprawdzeniu:*

**Zweryfikował:**

.....

/ /20

***Sprawdził:***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

**Zatwierdził:\***

/ /20

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

*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"/>

**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 Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

**II. Zakres wymaganych wyjaśnień:**

	Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień		Adnotacje
	Weryfikujący TAK	NIE	
1. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu złożenia wyjaśnień/przywrócenie terminu do złożenia wyjaśnień	...../...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu	...../...../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"/>

#### 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 Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

## CZĘŚĆ D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

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

	Weryfikujący				Adnotacje
	TAK	NIE			
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji	<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	
3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>		<input type="text"/>	zł	
4. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania	<input type="text"/>		<input type="text"/>	zł	
5. Wnioskodawcy przysługuje zaliczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5a. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji dotyczyła inwestycyjnych kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5b. Kwota o jaką zaktualizowano inwestycyjne koszty kwalifikowalne	<input type="text"/>		<input type="text"/>	zł	
5c. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych w części dotyczącej inwestycji	<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	
5e. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty zaliczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5f. Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki	<input type="text"/>		<input type="text"/>	zł	
6. Wnioskodawcy przysługuje wyprzedzające finansowanie kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6a. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6b. Ostateczna wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="text"/>		<input type="text"/>	zł	

### 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 .....

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

**Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

### III. ZAŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. W sprawie należy wydać Zaświadczenie o pomocy de minimis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uzasadnienie konieczności wydania / odstąpienia od wydania Zaświadczenia o pomocy de minimis:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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:

.....

.....

.....

.....

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	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		
Przyczyny pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <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 Wnioskodawcy pisma informującego o pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia / odmowie przyznania pomocy / wycofaniu wniosku	<div></div> <div></div> <div></div>
---	-------------------------------------

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

# 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									

Notatki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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 Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....