

# KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-1/210

**PROW 2007-2013**

**Oś 4: LEADER**

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

**Rodzaj płatności:**

pośrednia

☐

ostateczna

☐

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



**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			Adnotacje
	TAK	DO UZUP.	ND	
1. Faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej (w tym umowy o dzieło, zlecenia i inne umowy cywilnoprawne) - kopie <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
2. Dowody zapłaty - kopie <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
3. 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 - kopie <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Wyjaśnienie zmian dokonanych dla danej pozycji w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym</i> stanowiącym załącznik do wniosku o płatność w przypadku, gdy faktycznie poniesione koszty kwalifikowalne operacji będą niższe albo wyższe o więcej niż 10% w stosunku do wartości zapisanych w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji</i> stanowiącym załącznik do umowy przyznania pomocy - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. Ostateczna decyzja o pozwoleniu na budowę lub decyzja o środowiskowych uwarunkowaniach lub pozwolenie wodnoprawne lub decyzja o zatwierdzeniu projektu prac geologicznych - kopia <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
6. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych właściwemu organowi wraz z:  Oświadczeniem Beneficjenta, że w ciągu 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał lub Potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót - kopia <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
7. Decyzja ostateczna o pozwoleniu na użytkowanie obiektu budowlanego - jeżeli właściwy organ nałożył taki obowiązek w wydanym pozwoleniu na budowę lub nałożył taki obowiązek innymi decyzjami – oryginał lub kopia <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
8. Zawiadomienie właściwego organu o zakończeniu budowy złożone co najmniej 21 dni przed zamierzonym terminem przystąpienia do użytkowania, jeżeli obowiązek taki wynika z przepisów prawa budowlanego lub właściwy organ nałożył taki obowiązek - oryginał lub kopia <sup>2</sup> - wraz z:  Oświadczeniem Beneficjenta, że w ciągu 21 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał lub Potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru zakończenia robót – kopia <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania lub oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu ww. czynności z udziałem środków własnych - oryginał lub kopia <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
10. Kosztorys różnicowy - oryginał lub kopia <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
11. 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 <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

- |  |                          |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 12. Wycena określająca wartość rynkową zakupionego używanego sprzętu lub wartość wkładu niepieniężnego w postaci udostępnienia nieruchomości - oryginał lub kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 13. Zaświadczenia, decyzje, opinie, pozwolenia lub licencje w odniesieniu do realizowanego zakresu rzeczowego, jeżeli są wymagane przepisami prawa krajowego - oryginał lub kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 14. Dokumenty potwierdzające przyznanie dotacji / dofinansowania ze środków publicznych  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 14a Dokumenty potwierdzające przyznanie dotacji / dofinansowania operacji ze środków jednostki samorządu terytorialnego (JST) lub subwencji ogólnej – kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 14b Dokumenty potwierdzające przyznanie dotacji / dofinansowania operacji ze środków Funduszu Kościelnego – kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 15. Opis sposobu rozliczenia środków przekazanych przez Fundusz Kościelny lub jednostkę samorządu terytorialnego (JST), zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn.zm.) - oryginał  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 16. Karta wkładu niepieniężnego: pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie oraz udostępnienia ziemi, nieruchomości, sprzętu, surowców – oryginał lub kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 17. Pełnomocnictwo - oryginał lub kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 18. Dokument potwierdzający numer rachunku bankowego Beneficjenta lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo - kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe – oryginał lub kopia <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 19. Umowa cesji wierzytelności - oryginał lub kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 20. Sprawozdanie z realizacji operacji – oryginał  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 21. Dokument dotyczący rozliczenia w zakresie przeprowadzonych zadań edukacyjnych, wydarzeń promocyjnych lub kulturalnych, opracowania dotyczącego obszaru objętego LSR oraz udzielonego doradztwa (jeżeli dotyczy):   |                          |                          |                          |       |
| 21a Karta rozliczenia szkolenia/warsztatu/przedsięwzięcia edukacyjnego/imprezy (kulturalnej/promocyjnej/rekreacyjnej/sportowej) – oryginał lub kopia <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 21b Lista obecności uczestników - oryginał lub kopia <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 21c Karta publikacji / analizy / badania nad obszarem LSR - oryginał lub kopia <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 21d Wzór listy osób nagrodzonych - oryginał lub kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 22. Kopia wypisu z Ewidencji innych obiektów, o której mowa w art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności Beneficjent świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – oryginał lub kopia <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| 23. Decyzja określająca kategorię obiektu hotelarskiego, nadana na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych, (Dz.U.2004 Nr 223, poz. 2268 z późn. zm.) w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej Beneficjent świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – oryginał lub kopia <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

24 Dokumenty potwierdzające, że operacja podlegająca wsparciu nie odpowiada warunkom przyznania pomocy w ramach działań Osi 3

24a Umowy o pracę z pracownikami (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji) - kopie<sup>2</sup> albo

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

24b Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji) - oryginał lub kopia<sup>2</sup> albo

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

24c Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA (wraz z załącznikami ZUS RCA (RCX), ZUS RSA, ZUS RZA) - oryginał lub kopia<sup>2</sup>.

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

**TAK** **DO** **ND** *Adnotacje*  
**UZUP.**

## II. Inne załączniki

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

1. ....

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

2. ....

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

3. ....

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

4. ....

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

5. ....

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

6. ....

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

7. ....

<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.

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**  
**TAK** **DO** *Adnotacje*  
**UZUP.**

1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu w postaci dokumentu elektronicznego zapisanego na informatycznym nośniku danych

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

2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w tym m.in.:

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

2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez Beneficjenta / osobę reprezentującą Beneficjenta / Pełnomocnika

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

2.2 Dane identyfikacyjne Beneficjenta wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie

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

2.3 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych

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

### Uwagi:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW****I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą kwoty kosztów kwalifikowalnych oraz kwoty pomocy**

	Weryfikujący			
	TAK	DO UZUP.	ND	Adnotacje
1. Zrealizowany zakres rzeczowy jest zgodny z zakresem rzeczowym określonym w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji</i> załączonym do umowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
2. Prawidłowo udokumentowano zrealizowanie zakresu rzeczowo-finansowego i dołączono wymagane odrębnymi przepisami oraz postanowieniami umowy: opinie, licencje, pozwolenia lub decyzje związane z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
3. Zakres rzeczowy kosztów kwalifikowalnych z <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego operacji</i> ma pokrycie w załączonych do wniosku fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
4. Wyjaśnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego operacji</i> jest wystarczające do uznania kosztów kwalifikowalnych w wysokości faktycznie poniesionej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. Data sprzedaży na przedstawionych do refundacji fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej jest zgodna z okresem kwalifikowalności kosztów wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
6. Płatności zostały zrealizowane w okresie wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
7a. Transakcje, których wartość bez względu na liczbę wynikających z nich płatności przekracza 1 tys. zł zostały poniesione w formie rozliczenia bezgotówkowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
7b. Transakcje, których wartość bez względu na liczbę wynikających z nich płatności przekracza 1 tys. zł zostały poniesione w formie rozliczenia bezgotówkowego przeprowadzonego poleceniem przelewu za pośrednictwem rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
8. Poziom kosztów ogólnych wymienionych w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym</i> z realizacji operacji nie przekracza poziomu 10% pozostałych kosztów kwalifikowalnych z wyłączeniem wkładów niepieniężnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9a. Wartość wkładu niepieniężnego - pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie oraz udostępnienia ziemi, nieruchomości, sprzętu lub surowców została wykonana w pełnej wysokości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9b. Wartość wkładu niepieniężnego - pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie oraz udostępnienia ziemi, nieruchomości, sprzętu lub surowców nie przekracza 30% pozostałych kosztów kwalifikowalnych operacji pomniejszych o wysokość kosztów ogólnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9c. Wartość pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie nie przekracza 10% całkowitych kosztów kwalifikowalnych małych projektów pomniejszych o wysokość kosztów ogólnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
10. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania potwierdzają wykonanie zakresu określonego w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
11. Koszty zakupu upominków i nagród nie przekraczają limitu określonego w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
12. Beneficjent wywiązał się z obowiązku informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

13. Beneficjent dokonał konkurencyjnego wyboru wykonawców poszczególnych zadań ☐ ☐ ☐ .....
14. Dla kosztów przedstawionych do refundacji w ramach wniosku została prawidłowo przeprowadzona zmiana umowy z wykonawcą wybranym w trybie postępowania o zamówienie publiczne ☐ ☐ ☐ .....

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

- |  | TAK                      | NIE                      | DO<br>UZUP.              | ND                       | Adnotacje |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 15. Dla kosztów przedstawionych do refundacji w ramach wniosku zostało prawidłowo przeprowadzone postępowanie o zamówienie publiczne   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....     |
| 16. Beneficjent będący osobą fizyczną zarejestrował / utrzymał zarejestrowanie działalności gospodarczej zgodnej z zakresem operacji   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....     |
| 17. Cel operacji został osiągnięty   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....     |
| 18. Cel operacji może zostać osiągnięty pomimo niezrealizowania części zakresu rzeczowo-finansowego danego etapu   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....     |
| 19. Operacja podlegająca wsparciu nie odpowiada warunkom przyznania pomocy w ramach działania Osi 3 Tworzenie i rozwój mikroprzedsiębiorstw pod względem utworzenia miejsc pracy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....     |

**Uwagi:**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**B3: WERYFIKACJA POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM**

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP.	
1. Przedstawione faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej zostały opłacone w całości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. We wniosku nie stwierdzono błędów rachunkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej są zgodne z <i>Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Dane finansowe w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji</i> wynikają z danych zawartych w <i>Wykazie faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej odnoszą się do właściwych pozycji <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
6. Łączne kwoty kosztów kwalifikowalnych z <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i> są zgodne z <i>Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i> i kwotą we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
7. Wnioskowana kwota pomocy jest poprawnie wyliczona i nie przekracza kwoty określonej w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Uwagi:**

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



**B4: WERYFIKACJA SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI (w przypadku płatności ostatecznej)**

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP	
1. Wymagane pola w <i>Sprawozdaniu z realizacji operacji</i> zostały wypełnione zgodnie z instrukcją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. <i>Sprawozdanie</i> zostało podpisane przez Beneficjenta/osobę reprezentującą Beneficjenta /Pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Informacje ogólne na temat operacji i Beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Przebieg realizacji operacji i planu rzeczowego jest zgodny z postanowieniami umowy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Uwagi:**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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 ...../...../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: 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 przez Beneficjenta:	...../...../20....
Data nadania/złożenia przez Beneficjenta 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....

**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 Weryfikującego i Sprawdzającego

**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 przez Beneficjenta:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia przez Beneficjenta 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.....

**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 .....

**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:**

.....

.....

**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 przez Beneficjenta:	...../...../20.....

**VI. Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień:**

.....

.....

**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:**

.....

.....

## C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

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

	Weryfikujący				Adnotacje
	TAK	NIE	DO UZUP.	ND	
1a. Numer NIP Beneficjenta występuje w KSI SIMIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			.....
1b. Numer NIP Beneficjenta występuje w <i>Raporcie podstawowym</i> przekazanym przez ARiMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			.....
1c. Numer NIP Beneficjenta występuje w OFSA-PROW-DD	<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 <sup>3</sup>	<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"/>		.....
2c. Na podstawie danych zamieszczonych w OFSA-PROW-DD, występuje podejrzenie niedozwolonego podwójnego finansowania operacji.	<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"/>	.....
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"/>	.....
3c. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej lub innych dokumentów stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach działania „Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju” w zakresie małych projektów	<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"/> | ..... |
| 4b. Po wyjaśnieniach Beneficjenta stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji z PO RYBY 2007-2013 | <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"/> |                          | ..... |
| 5b. Operacja została sfinansowana z udziałem środków z PO RYBY 2007-2013                                      | <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 <sup>4</sup>	<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:**

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

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 8 lipca 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania oraz wypłaty pomocy finansowej w ramach działania Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz.U. z 2013 poz. 1063)

### 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*
	TAK	TAK	TAK
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 .....

**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: KONTROLA NA MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU/WIZYTACJA W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLA ZADANIA O CHARAKTERZE NIEMATERIALNYM W TRAKCIE REALIZACJI**

**D1: WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA WIZYTACJI W MIEJSCU/ WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU**

**I. Weryfikacja w przypadku operacji, które obejmują zadania nieinwestycyjne**

	Weryfikujący			Adnotacje
	TAK	NIE	ND	
1. Beneficjent na etapie weryfikacji WoPP spełniał wymogi rzetelności w odniesieniu do operacji realizowanych od 2000 r. i współfinansowanych w ramach PO SAPARD, SPO "Restrukturyzacja...", PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Operacja została wytypowana do kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
3. Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Uzasadnienie konieczności / braku konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu w trybie kontroli na 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:**

.....

.....



## II. Weryfikacja w przypadku operacji, która obejmuje zadania inwestycyjne

### A. Oznaczenie rodzaju operacji (małego projektu)

Na etapie kontroli administracyjnej WoPP odznaczono  
w aplikacji OFSA-PROW-DD, że operacja jest inwestycyjna

☐

Na etapie kontroli administracyjnej WoP odznaczono w aplikacji  
OFSA-PROW-DD, że operacja jest inwestycyjna

☐

data wprowadzenia do aplikacji ...../...../.....

Operacja nie jest inwestycyjna

☐

Weryfikujący

Adnotacje

1. Beneficjent na etapie weryfikacji WoPP spełniał wymogi  
rzetelności w odniesieniu do operacji realizowanych od 2000 r. i  
współfinansowanych w ramach PO SAPARD, SPO  
"Restrukturyzacja...", PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013

☐☐☐

.....

2. Operacja została wytypowana do kontroli na miejscu

☐☐

.....

Weryfikujący

Sprawdzający

Zatwierdzający\*

TAK

NIE

TAK

NIE

TAK

NIE

3. Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku wymagane jest  
przeprowadzenie wizytacji w miejscu

☐☐☐☐☐☐

**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 Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

## D2: WSTĘPNY WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLI ZADANIA O CHARAKTERZE NIEMATERIALNYM W TRAKCIE REALIZACJI

### I. Przyczyna kontroli na miejscu / wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu / kontroli zadania o charakterze niematerialnym w trakcie realizacji

	Weryfikujący			Adnotacje
	TAK	NIE	ND	
1. Wizytacja w miejscu / wizytacja w miejscu w trybie kontroli na miejscu na zlecenie komórki merytorycznej UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Data przeprowadzenia kontroli na miejscu / wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na 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"/>	
4. Kontrola zadania o charakterze niematerialnym w trakcie realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Data przeprowadzenia kontroli zadania o charakterze niematerialnym w trakcie realizacji	...../...../20....
---	--------------------

5. Z raportu z czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów	<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....

#### Uwagi:

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

.....

.....

.....

### 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		Adnotacje
	TAK	NIE	
1. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**D3: WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU /-WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLI ZADANIA O CHARAKTERZE NIEMATERIALNYM W TRAKCIE REALIZACJI**

	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 Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**CZĘŚĆ E: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH I KWOTY WNIOSKOWANEJ DO REFUNDACJI,  
ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI ORAZ ROZLICZENIE WYPRZEDZAJĄCEGO  
FINANSOWANIA / ZALICZKI**

## E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH

[illegible]

**RAZEM:**

	zt
--	----

- |    |   |  |    |
|----|---|--|----|
| 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. | <b>Przyczyna korekty kwoty pomocy w wyniku kontroli na miejscu (kod):</b>   |  |    |

## E2: ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI

		Weryfikujący	Sprawdzający		Zatwierdzający	
			TAK	NIE	TAK	NIE
<b>I. Koszty kwalifikowalne</b>						
1.	Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg umowy	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg wniosku	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kwota zakwestionowanych kosztów z faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Kwota pomocy</b>						
5.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg wniosku	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Różnica pomiędzy kwotą pomocy dla danego etapu operacji wg wniosku a kwotą pomocy dla danego etapu operacji wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input style="width: 100px;" type="text"/> %				
9.	<b>Kwota do refundacji</b> (po weryfikacji)	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Słownie złotych:	<input style="width: 500px;" type="text"/>				
10.	Kwota zastosowanego zmniejszenia dla poprzedniego etapu operacji	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Kwota zastosowanego zmniejszenia dla danego etapu operacji	<input style="width: 150px;" type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zweryfikował:</b>						
Imię i nazwisko Weryfikującego		.....				
Data i podpis		...../...../20....				
<b>Sprawdził:</b>						
Imię i nazwisko Sprawdzającego		.....				
Data i podpis		...../...../20....				
<b>Zatwierdził:</b>						
Imię i nazwisko Zatwierdzającego		.....				
Data i podpis		...../...../20....				
<b>Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:</b>						
.....						
.....						
.....						
Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:		<input style="width: 200px;" type="text"/>				

**E3: ROZLICZENIE WYPRZEDZAJĄCEGO FINANSOWANIA / ZALICZKI****I. Wyliczenie kwoty wyprzedzającego finansowania do odliczenia w danym etapie operacji (w części E2.II pkt 8)**

1. Wyplacona kwota wyprzedzającego finansowania **minus** Suma kwot wyprzedzającego finansowania odliczonych w poprzednich etapach operacji  zł
2. Maksymalna możliwa do odliczenia kwota wyprzedzającego finansowania w danym etapie operacji (E2.II.7 x 20%)  zł
3. Kwota wyprzedzającego finansowania do odliczenia w danym etapie operacji  zł

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

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

**Uwagi:****II. Wyliczenie kwoty zaliczki do odliczenia w danym etapie operacji (w części E2.II pkt 8)**

1. Kwota wypłaconej zaliczki  zł
2. Zwrócona kwota zaliczki  zł
3. Kwota zaliczki do zwrotu  zł
4. Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę  zł
5. Kwota do refundacji (po rozliczeniu zaliczki), w tym:  zł
- Środki UE  zł
- Środki krajowe  zł
6. Pozostała kwota zaliczki do zwrotu  zł

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

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

**Uwagi:****III. Rozliczenie kwoty wyprzedzającego finansowania/zaliczki (w przypadku wniosku o płatność ostateczną)**

1. Wyplacona kwota wyprzedzającego finansowania/zaliczki  zł
2. Przysługująca kwota wyprzedzającego finansowania/ zaliczki  zł
3. Różnica  zł

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

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

**Uwagi:**

.....

#### E4: ZAŚWIADCZENIE DE MINIMIS

1. Data przelewu środków na rzecz Beneficjenta

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

**Weryfikujący**

**TAK**

**ND**

*Adnotacje*

2. Wydanie korekty Zaświadczenia de minimis

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

.....

3. Wydanie Zaświadczenia de minimis jeżeli nie zostało wydane przy zawarciu umowy przyznania pomocy

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

.....

4. Uzasadnienie odstąpienia od wydania korekty  
Zaświadczenia/Zaświadczenia/inne uwagi

.....

.....

.....

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

**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....

Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o odmowie wypłaty pomocy / wycofania wniosku	...../...../20....
---	--------------------

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....