

**KARTA WERYFIKACJI
WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY****PROW 2014-2020**

Działanie M19: Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER

Poddziałanie 19.2: Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego
kierowanego przez społeczność

typ operacji: projekt grantowy

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Znak sprawy: | | | | | | | | | | | |
| Nazwa podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy (LGD): | | | | | | | | | | | |
| Data złożenia wniosku: | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Osoby dokonujące oceny wniosku o przyznanie pomocy

1. Weryfikujący

(imię i nazwisko Weryfikującego)

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

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Weryfikującego

☐

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

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

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

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3. Zmiana Weryfikującego

☐

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

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

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

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

A. Dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający:

☐

TAK

☐

NIE

1. Sprawdzający

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Sprawdzającego

☐

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

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

3. Zmiana Sprawdzającego

☐

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

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

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

| | Wstawić "X" we właściwym miejscu | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. LGD jest stroną umowy ramowej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. W ramach przedsięwzięcia LSR, które realizuje projekt grantowy są dostępne środki na jego sfinansowanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. LGD nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 4 ustawy o finansach publicznych ¹ na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. LGD nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 oraz ust. 6 rozporządzenia nr 640/2014 ² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uwagi:

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

I. Wynik weryfikacji wstępnej:

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający** | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. 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

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, z późn. zm.)

² Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 640/2014 z dnia 11 marca 2014 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli oraz warunków odmowy lub wycofania płatności oraz do kar administracyjnych mających zastosowanie do płatności bezpośrednich, wsparcia rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz.Urz. UE L 181 z 20.06.2014 r., str.48, z późn. zm.)

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

B: WERYFIKACJA: KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, POZIOMU I LIMITU POMOCY, PREFINANSOWANIA OPERACJI, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWA

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| 1. Wniosek został złożony również w postaci dokumentu elektronicznego zapisanego na informatycznym nośniku danych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I. Weryfikacja załączników

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Załączniki dotyczące LGD | | | | | | |
| 1. Statut LGD (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pełnomocnictwo (jeżeli zostało udzielone) - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Załączniki dotyczące operacji | | | | | | |
| 3. Dokumenty potwierdzające przeprowadzenie oceny spełniania przez grantobiorców warunków, o których mowa w § 29 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia ¹ - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Informacja o numerze wyodrębnionego rachunku bankowego, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową w przypadku, gdy LGD ubiega się o wyprzedzające finansowanie operacji - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Szczegółowe opisy poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji wraz z wykazem planowanych do poniesienia przez grantobiorców kosztów uzasadniających planowanie kwoty grantów - oryginał | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Dokumenty uzasadniające poziom planowanych do poniesienia przez grantobiorców kosztów (w przypadku, gdy dotyczą dóbr niestandardowych, które nie znajdują się w obrocie powszechnym) - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Inne załączniki, które warunkują realizację grantów, zgodnie z obowiązującymi przepisami | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 24 września 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach poddziałania „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (Dz.U. poz. 1570, z późn. zm.)

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | TAK | DO WEZW. |
| 1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dane finansowe we wniosku są poprawne pod względem rachunkowym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dane identyfikacyjne LGD podane we wniosku są poprawne oraz zgodne z danymi zawartymi w załącznikach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wniosek został podpisany przez osoby reprezentujące LGD / pełnomocnika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uwagi:

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

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

| | Weryfikujący | | | | Sprawdzający* | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | ND | TAK | NIE | DO WEZW. | ND | | | | |
| 1. LGD został nadany numer identyfikacyjny w trybie przepisów o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 2. Koszty kwalifikowalne operacji nie są współfinansowane z innych środków publicznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 3. Operacja będzie realizowana w nie więcej niż 2 etapach, z tym że w przypadku, gdy operacja będzie realizowana w dwóch etapach, zadania nie są dzielone między etapami | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 4. Wykonanie zakresu rzeczowego, zgodnie z zestawieniem rzeczowo-finansowym operacji, w tym poniesienie przez LGD kosztów kwalifikowalnych operacji oraz złożenie wniosku o płatność końcową wypłacaną po zrealizowaniu całej operacji nastąpi w terminie 2 lat od dnia zawarcia umowy, lecz nie później niż do dnia 31 grudnia 2022 r. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 5. Operacja, która obejmuje koszty inwestycyjne zakłada realizację inwestycji na obszarze wiejskim objętym LSR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 6. Minimalna całkowita wartość operacji wynosi nie mniej niż 50 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 7. Wysokość każdego grantu w ramach operacji wynosi co najmniej 5 tys. zł oraz nie przekracza 50 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 8. Wartość każdego zadania w ramach operacji wynosi co najmniej 5 tys. zł oraz nie przekracza 50 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 9. W ramach operacji planowane jest wykonanie co najmniej dwóch zadań | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 10. Operacja nie może zostać zrealizowana bez wsparcia środków publicznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 10.1 N_{DW} | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 10.2 N_C | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 10.3 t_C | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 10.4 t_{DW} | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 10.5 E_{DW} | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|------|---|---|---|
| 11. | Koszty planowane do poniesienia przez grantobiorców mieszczą się w zakresie kosztów, o których mowa w § 17 ust. 1 pkt 1–5 oraz 7–9 rozporządzenia ¹ , i nie są kosztami inwestycji polegającej na budowie albo przebudowie liniowych obiektów budowlanych w części dotyczącej realizacji odcinków zlokalizowanych poza obszarem wiejskim objętym LSR, a koszty kwalifikowalne operacji obejmują wyłącznie granty | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. | Operacja jest zgodna z celem (-ami) określonym (-ymi) w PROW na lata 2014-2020 dla działania M19, a jej realizacja pozwoli na osiągnięcie zakładanych wskaźników | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. | Każde z zadań wskazanych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji przyczyni się do osiągnięcia celów i wskaźników określonych dla operacji, w ramach której mają być realizowane | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. | Operacja spełnia wymagania wynikające z obowiązujących przepisów prawa, które mają zastosowanie do tej operacji | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. | Operacja dotyczy rozwoju rynków zbytu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15.1 | Operacja dotyczy rozwoju rynków zbytu produktów i usług lokalnych | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15.2 | Operacja nie dotyczy operacji polegających na budowie lub modernizacji targowisk objętych zakresem wsparcia w ramach działania o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 7 ustawy o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ² | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. | Operacja dotyczy zachowania dziedzictwa lokalnego | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16.1 | Operacja służy zaspokajaniu potrzeb społeczności lokalnej | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. | Operacja dotyczy budowy lub przebudowy infrastruktury | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17.1 | Budowana lub przebudowywana infrastruktura będzie miała ogólnodostępny lub niekomercyjny charakter | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17.2 | Operacja dotyczy budowy lub przebudowy infrastruktury turystycznej lub rekreacyjnej lub kulturalnej | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17.3 | Operacja służy zaspokajaniu potrzeb społeczności lokalnej | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. | Operacja dotyczy budowy lub przebudowy dróg | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18.1 | Operacja dotyczy budowy lub przebudowy publicznych dróg gminnych lub powiatowych | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18.2 | Budowa lub przebudowa publicznych dróg gminnych lub powiatowych umożliwi połączenie obiektów użyteczności publicznej, w których świadczone są usługi społeczne, zdrowotne, opiekuńczo-wychowawcze lub edukacyjne dla ludności lokalnej, z siecią dróg publicznych albo skróci dystans lub czas dojazdu do tych obiektów | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

¹ Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 24 września 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach poddziałania „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (Dz.U. poz. 1570, z późn. zm.)

² Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (Dz. U. poz. 349, z późn. zm.)

| | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. | Operacja dotyczy promowania obszaru objętego LSR, w tym produktów lub usług lokalnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.1 | Operacja nie służy indywidualnej promocji produktów lub usług lokalnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.2 | Operacja nie dotyczy organizacji wydarzeń cyklicznych, z wyjątkiem wydarzenia inicjującego cykl wydarzeń lub specyficznego dla danej LSR, wskazanych i uzasadnionych w LSR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w rozporządzeniu ¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B3: WERYFIKACJA POZIOMU I LIMITU POMOCY

I. Weryfikacja poziomu pomocy operacji

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|--|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|----|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| 1. Wnioskowana kwota pomocy na operację nie przekracza 100% kosztów kwalifikowalnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

II. Weryfikacja limitu pomocy operacji

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| 1. Suma grantów, które LGD planuje udzielić jednostkom sektora finansów publicznych w ramach danej operacji nie przekracza 20% kwoty środków przyznanych na tę operację | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wnioskowana kwota pomocy na operację nie przekracza 300 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Uwagi:

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

B4: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI☐

| <div></div> | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| I. LGD ubiega się o wyprzedzające finansowanie kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji nie przekracza udziału krajowych środków publicznych pochodzących z budżetu państwa przeznaczonych na współfinansowanie operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. LGD posiada wyodrębniony rachunek bankowy na który zostaną wypłacone środki z tytułu wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Uwagi:

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

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ ZGODNOŚCI Z
ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY**

B5: WYNIK

WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

☐

I. Wynik weryfikacji wniosku

| | 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 wezwania do usunięcia braków/złożenia 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

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

II. Wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

☐

Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 do karty

| | |
|--|----------------------|
| Data doręczenia LGD pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrr |
| Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia: | |
| | dd/mm/rrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień: | <input type="text"/> |
| Data nadania/złożenia przez LGD prośby o przywrócenie terminu wykonania czynności: | <input type="text"/> |
| | dd/mm/rrr |

Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 do karty

IIa. Wynik weryfikacji po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień

| | 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 wezwania do złożenia 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

data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

IIb. Ponowne wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

ND

III. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

☐

IIIa. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

| | |
|--|--------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Data doręczenia LGD pisma w sprawie złożenia wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrr |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | |
| | dd/mm/rrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień: | <input type="checkbox"/> |
| Data nadania/złożenia przez LGD prośby o przywrócenie terminu wykonania czynności: | <input type="checkbox"/> |
| | dd/mm/rrr |

IIIb. Wynik wyjaśnień

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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

IV. Wynik weryfikacji - po 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 _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI KOSZTÓW¹

B6: WERYFIKACJA ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU

ND

WERYFIKACJA ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ

ND

WERYFIKACJA KRZYŻOWA

¹racjonalność w rozumieniu art. 48 rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 809/2014 z dnia 17 lipca 2014 r. ustanawiającego zasady stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli, środków rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz. Urz. UE L 227 z 31.07.2014, str. 69, z późn. zm.)

I. Weryfikacja racjonalności kosztów

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WYJAŚNIEN | N/D | TAK | DO WYJAŚNIEN | N/D |
| A. Zadania w zakresie innym niż roboty budowlane planowane do realizacji na podstawie kosztorysu | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Koszty poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji są racjonalne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B. Zadania obejmujące roboty budowlane - weryfikacja kosztorysu | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ceny jednostkowe wykonania robót budowlanych nie są wyższe od określonych w dostępnych zbiorach cen jednostkowych lub uzasadnienie przekroczenia wartości ceny jednostkowej jest wystarczające | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Kosztorys zawiera poprawnie wyliczoną wartość kosztorysową | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Kosztorys inwestorski jest zgodny rzeczowo i finansowo z zestawieniem rzeczowo-finansowym zadania (szczegółowym opisem zadania) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

II. Weryfikacja założeń biznesplanu

ND

III. Weryfikacja zasadności ekonomicznej

ND

IV. Weryfikacja krzyżowa

| | Weryfikujący | | | | Sprawdzający* | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | N/D | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | N/D |
| 1. Operacja, o której wsparcie ubiega się LGD nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną operacją realizowaną / zrealizowaną przez LGD w ramach poddziałania 19.2 PROW na lata 2014-2020 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

V. Wynik

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Do wydania rozstrzygnięcia niezbędne jest wezwanie LGD do złożenia wyjaśnień | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

Va. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

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

VI. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ☐

| | |
|--|---|
| Data doręczenia LGD pisma w sprawie wyjaśnień: | <div>dd/mm/rrrr</div> |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | <div>dd/mm/rrrr</div> |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień: | <div><input type="checkbox"/></div> |
| Data nadania/złożenia przez LGD prośby o przywrócenie terminu wykonania czynności: | <div><div><input type="checkbox"/></div><div>dd/mm/rrrr</div></div> |

VIa. Wynik wyjaśnień

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

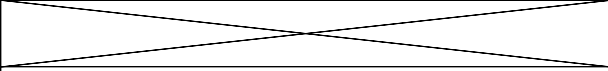
Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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

VII. Wynik weryfikacji - po wyjaśnieniach

| <div style="text-align: center;"></div> | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny - z 2. zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji | <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

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO OPERACJI

B7:

AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kwota o jaką zaktualizowano koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |

II. Aktualizacja prefinansowania operacji

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ostateczna wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ ZGODNOŚCI
Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY**

WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

B8: WYNIK WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

☐

WERYFIKACJI RACJONALNOŚCI KOSZTÓW

**WERYFIKACJI ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU/ ZASADNOŚCI
EKONOMICZNEJ**

☐ **ND**

WERYFIKACJI KRZYŻOWEJ

| | 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

data i podpis

Sprawdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**:

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

WIZYTA¹

C:

KONTROLA NA ZLECENIE²

☐☐

¹ Wizyta - art. 48 ust. 5 rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 809/2014 z dnia 17 lipca 2014 r. ustanawiającego zasady stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli, środków rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz. Urz. UE L 227 z 31.07.2014, str. 69, z późn. zm.)

² Kontrola na zlecenie - art. 46 ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (Dz. U. poz. 349, z późn. zm.)

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający ** | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizyty / kontroli na zlecenie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wizyty / kontroli na zlecenie albo uzasadnienie odstąpienia od przeprowadzenia wizyty / kontroli na zlecenie

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

Elementy podlegające sprawdzeniu:

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

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**:

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

I. Wynik wizyty / kontroli na zlecenie

| | |
|--|--|
| DATA PRZEPROWADZENIA WIZYTY / KONTROLI NA ZLECENIE: | |
| DATA PRZEKAZANIA RAPORTU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH : | |

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający ** | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Z raportu czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty / kontroli na zlecenie nie wynika konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień - wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Z raportu czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty / kontroli na zlecenie wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

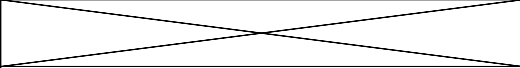
☐

| | |
|--|--------------------------|
| Data doręczenia LGD pisma w sprawie wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień: | <input type="checkbox"/> |
| Data nadania/złożenia przez LGD prośby o przywrócenie terminu wykonania czynności: | <input type="checkbox"/> |
| | dd/mm/rrrr |

III. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Wynik wizyty / kontroli na zlecenie po 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 dalszej oceny w ograniczonym zakresie i wymaga aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji | <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 data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO OPERACJI

C1:

AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

- PO WIZYCIE / KONTROLI NA ZLECENIE

I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kwota o jaką zaktualizowano koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |

II. Aktualizacja prefinansowania operacji

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ostateczna wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU**I. Ocena punktowa operacji****ND****II. Wynik oceny punktowej****ND****III. Weryfikacja limitu pomocy operacji**

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Wysokość każdego grantu w ramach operacji wynosi co najmniej 5 tys. zł oraz nie przekracza 50 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wartość każdego zadania w ramach operacji wynosi co najmniej 5 tys. zł oraz nie przekracza 50 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Minimalna całkowita wartość operacji wynosi nie mniej niż 50 tys. zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**:

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

IV. Sprawdzenie dostępności środków na udzielenie pomocy**ND**

V. WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| Wniosek o przyznanie pomocy jest przewidziany do finansowania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A. PRYZNANA KWOTA POMOCY: | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> zł | | | | | |
| słownie zł: | | | | | | |
| | | | | | | |
| B. PRYZNANA KWOTA PREFINANSOWANIA: (jeżeli dotyczy) | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> zł | | | | | |
| słownie zł: | | | | | | |
| | | | | | | |

Zweryfikował: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził: _____

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

E: ODMOWA PRYZNANIA POMOCY / POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA / WYCOFANIE WNIOSKU W CAŁOŚCI

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek został wycofany / LGD zrezygnowała z ubiegania się o pomoc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Przyczyny odmowy przyznania pomocy / pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia

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

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

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

Zweryfikował: _____

imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził: _____

imię i nazwisko
data i podpis

| | |
|--|------------|
| Data doręczenia pisma informującego o odmowie przyznania pomocy / pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia / wycofaniu wniosku w całości | |
| | dd/mm/rrrr |

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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

Załącznik nr 1. USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

Zakres braków/złożenie wyjaśnień

| <div></div> | Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień | | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEŃ | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEŃ |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[illegible]

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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