



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne



**LISTA SPRAWDZAJĄCA DO ROCZNEGO PLANU DZIAŁAŃ
W RAMACH X OSI PRIORYTETOWEJ RPO WZ 2014-2020 POMOC TECHNICZNA**

Nazwa Beneficjenta	Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie			
Tytuł Projektu	Wsparcie administracyjne jednostki zajmującej się wdrażaniem RPO WZ 2014-2020 na 2019 r.			
Numer decyzji/umowy	RPZP.10.01.00-32-0004/19-00			
Rodzaj dokumentu ¹	Numer Rocznego Planu Działań (RPD)			Data wpływu dokumentu
	Nr decyzji/umowy/aneksu ²	Nr zmiany ³	Nr wersji ⁴	
Pierwotny RPD	RPZP.10.01.00-32-000 / __-00		-00	
Zmiana RPD	X RPZP.10.01.00-32-0004/19-02	-02K	-00	19.04.2019

¹ Zaznaczyć odpowiednie pole.

² W przypadku pierwotnego RPD należy wpisać numer decyzji/umowy. W przypadku zmiany RPD należy wpisać numer decyzji zmieniającej/aneksu, którym zostanie wprowadzony RPD.

³ Dotyczy tylko zmiany RPD – numer określający dotychczasową liczbę zmian RPD (K – korekta).

⁴ W przypadku pierwszej wersji pierwotnego RPD lub zmiany RPD należy wpisać nr -00. Po odesłaniu RPD Wnioskodawcy w celu poprawienia/uzupełnienia – należy wpisać kolejny numer wersji dokumentu, np. -01, -02, etc.

PRZEBIEG WERYFIKACJI

Lp.	Wyszczególnienie	Osoba sprawdzająca				Osoba weryfikująca			
		TAK	NIE	Nie dotyczy	Uwagi	TAK	NIE	Nie dotyczy	Uwagi
1. KRYTERIA DOPUSZCZALNOŚCI									
1.	Projekt jest zgodny z właściwym celem szczegółowym RPO WZ 2014-2020 oraz ze wskaźnikami Osi priorytetowej	X				X			
2.	Projekt jest zgodny z właściwym typem projektu wskazanym w SOOP RPO WZ 2014-2020	X				X			
3.	Projekt jest zgodny z właściwymi politykami i zasadami wspólnotowymi w zakresie: > zgodności projektu z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn w oparciu o standard minimum, > zgodności projektu z zasadą równości szans i niedyskryminacji w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, > zgodności projektu z zasadą zrównoważonego rozwoju	X				X			
4.	Projekt jest zgodny z właściwą kategorią interwencji, określoną w RPO WZ 2014-2020 oraz w SOOP RPO WZ 2014-2020	X				X			

Lp.	Wyszczególnienie	Osoba sprawdzająca			Osoba weryfikująca				
		TAK	NIE	Nie dotyczy	Uwagi	TAK	NIE	Nie dotyczy	Uwagi
5.	Wnioskodawca zgodnie z SOOP RPO WZ 2014-2020 jest podmiotem uprawnionym do ubiegania się o dofinansowanie w ramach danego działania	X					X		
6.	Jeżeli projekt rozpoczął się przed dniem złożenia RPD PT, to od początku jego realizacji przestrzegano obowiązujących przepisów prawa dotyczących danego projektu		X					X	
7.	Projekt kwalifikuje się do wsparcia, bowiem nie zakończył się przed złożeniem RPD PT w rozumieniu art. 65 ust. 6 rozporządzenia ogólnego (1303/2013)	X					X		
2. Kryteria administracyjności									
1.	RPD PT jest kompletny, podpisany przez uprawnione osoby, został sporządzony na odpowiednim formularzu oraz dołączono do niego wymagane załączniki. Wszystkie pola są wypełnione w języku polskim i w taki sposób, że dają możliwość oceny merytorycznej	X						X	
2.	RPD sporządzono bez błędów pisarskich, merytorycznych i rachunkowych	X						X	
3.	RPD spełnia warunki finansowe - dotyczy m.in. wartości kwotowej i procentowej wnioskowanego dofinansowania oraz całkowitej wartości RPD	X						X	

Lp.	Wyszczególnienie	Osoba sprawdzająca			Osoba weryfikująca		
		TAK	NIE	Uwagi	TAK	NIE	Uwagi
4.	Wydatki w projekcie są zgodne z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 oraz z Wytycznymi w zakresie wykorzystania środków pomocy technicznej na lata 2014-2020	X				X	
5.	Projekt zostanie zrealizowany w terminie zaplanowanym dla projektu. Harmonogram projektu został zaplanowany realnie i racjonalnie	X				X	
6.	Przewidywane wydatki w projekcie mieszczą się w ogólnym okresie kwalifikowalności wydatków (1.I.2014-31.XII.2023)	X				X	
3. KRYTERIA WYKONALNOŚCI							
1.	Projekt jest zgodny z prawodawstwem unijnym i krajowym, w tym przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych oraz dokumentami programowymi	X				X	
2.	Wnioskodawca gwarantuje zdolność administracyjną, finansową i operacyjną do podotania warunkom wsparcia dla realizowanych operacji, zgodnie z zakresem wskazanym w RPD PT	X				X	

PODSUMOWANIE WERYFIKACJI

Złożony Roczny Plan Działań PT:	TAK	NIE
spełnia kryteria dopuszczalności, administracyjności i wykonalności	X	
został oceniony pozytywnie	X	

Roczny Plan Działań wymaga poprawek/uzupełnienia przez Beneficjenta:	TAK*	NIE
<small>*w przypadku zaznaczenia TAK poprawiony/uzupełniony RPD należy zweryfikować wypełniając nową LISTĘ SPRAWDZAJĄCĄ DO ROCZNEGO PLANU DZIAŁAŃ</small>		X

Uwagi dotyczące oceny RPD PT:

Osoba sprawdzająca RPD PT		Osoba weryfikująca RPD PT	
Imię i nazwisko	Bożena Witkowska	Grzegorz Augustowski	
Podpis	<i>Bożena Witkowska</i>	<i>Grzegorz Augustowski</i>	
Data rozpoczęcia	24.04.2019	26.04.2019	
Data zakończenia	25.04.2019	26.04.2019	

Osoba akceptująca weryfikację RPD PT	
Imię i nazwisko	Dorota Dalidowicz
Data i podpis	KIEROWNIK w Wydziale Zarządzania Strategicznego <i>26.04.2019</i> Dorota Dalidowicz

Osoba zatwierdzająca weryfikację RPD PT	
Imię i nazwisko	Katarzyna Samolyk
Data i podpis	ZASTĘPCA DYREKTORA Wydziału Zarządzania Strategicznego <i>26.04.2019</i> <i>Katarzyna Samolyk</i>