

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-1/181

PROW 2007-2013

☐ *Oś 3. Jakość życia na obszarach wiejskich i różnicowanie gospodarki wiejskiej*

☐ *Oś 4. LEADER*

Działanie:

☐ *313,322,323. Odnowa i rozwój wsi*

☐ *413 „Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju” dla operacji, które odpowiadają warunkom przyznania pomocy w ramach działania "Odnowa i rozwój wsi"*

Rodzaj płatności:

Pośrednia

☐

Ostateczna

☐

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

CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek złożono zgodnie z terminem określonym w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek złożono bezpośrednio w miejscu wskazanym przez właściwy organ Samorządu Województwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. WYNIK WERYFIKACJI WSTĘPNEJ

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis /.../ 20

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis /.../ 20

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis /.../ 20

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	ND	TAK	DO UZUP.	ND
1. Faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej (w tym umowy o dzieło, zlecenia i inne umowy cywilnoprawne) - kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dowody zapłaty - kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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 - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uzasadnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji, w przypadku, gdy koszty kwalifikowalne w poszczególnych pozycjach zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji będą wyższe (dla działania 413 będą niższe albo wyższe) o więcej niż 10% w stosunku do wartości zapisanych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji, stanowiącym załącznik do umowy – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1- kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika urzędu marszałkowskiego/wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy

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

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	ND	TAK	DO UZUP.	ND
6a. Oświadczenie Beneficjenta, że w ciągu 21 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał albo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Potwierdzenie właściwego organu, że nie wnosi sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót budowlanych będzie przedkładane przed upływem 21 dni – oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Protokoły odbioru robót lub protokoły montażu lub rozruchu maszyn i urządzeń albo oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu robót budowlanych lub montażu lub rozruchu z udziałem środków własnych - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kosztorys powykonawczy – oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dokumenty potwierdzające przyznanie dotacji/dofinansowania z Funduszu Kościelnego lub jednostki samorządu terytorialnego lub Programu Promesa Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego lub ze środków będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw kultury fizycznej i sportu i ministra właściwego do spraw turystyki - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Opis sposobu rozliczenia środków przekazanych przez Fundusz Kościelny lub jednostkę samorządu terytorialnego (JST) lub z Programu Promesa Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego lub przez ministra właściwego do spraw kultury fizycznej i sportu i ministra właściwego do spraw turystyki - zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2009r, Nr 157, poz. 1240) - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pełnomocnictwo - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zaświadczenie z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, wskazujące rachunek bankowy Beneficjenta lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza albo rachunek prowadzony w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej na rzecz Beneficjenta lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, na który mają być przekazane środki finansowe – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Umowa cesji wierzytelności - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	N/D	TAK	DO UZUP.	N/D
1. Zrealizowany zakres rzeczowy operacji/etapu podany w zestawieniu rzeczowo – finansowym z realizacji operacji jest zgodny z zakresem rzeczowym wymienionym w zestawieniu rzeczowo – finansowym operacji załączonym do umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Prawidłowo udokumentowano zrealizowanie zakresu rzeczowo-finansowego i dołączono wymagane odrębnymi przepisami oraz postanowieniami umowy: opinie, zaświadczenia, pozwolenia lub decyzje związane z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zakres rzeczowy kosztów kwalifikowalnych z zestawienia rzeczowo-finansowego ma pokrycie w załączonych do wniosku fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Uzasadnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach zestawienia rzeczowo-finansowego operacji jest wystarczające do uznania kosztów za kwalifikowalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Płatności zostały zrealizowane nie wcześniej niż w okresie wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Koszty zostały poniesione w formie rozliczenia bezgotówkowego, przeprowadzonego przelewem za pośrednictwem rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, bez względu na liczbę dokonanych płatności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Poziom kosztów ogólnych wymienionych w zestawieniu rzeczowo – finansowym z realizacji operacji nie przekracza poziomu 10% pozostałych kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Protokoły odbioru robót lub montażu lub rozruchu maszyn i urządzeń potwierdzają wykonanie zakresu określonego w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

[illegible]

Uzasadnienie:

[illegible]

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

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

CZĘŚĆ B3: WERYFIKACJA POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP.	TAK	DO UZUP.
1. Przedstawione faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej zostały opłacone w całości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. We wniosku nie stwierdzono błędów rachunkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dane finansowe w zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji wynikają z danych zawartych w <i>Wykazie faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej odnoszą się do właściwych pozycji zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Łączne kwoty kosztów kwalifikowalnych z zestawienia rzeczowo-finansowego są zgodne wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej i kwotą we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP.	TAK	DO UZUP.
1. Wymagane pola w <i>Sprawozdaniu z realizacji operacji</i> zostały wypełnione zgodnie z instrukcją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sprawozdanie zostało podpisane przez osobę reprezentującą Beneficjenta/pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Przebieg realizacji operacji i planu rzeczowego jest zgodny z zapisami umowy i złożonymi wnioskami	<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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ C: WYNIK WERYFIKACJI
C1: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

I. WSTĘPNY WYNIK

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifuje 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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Data i podpis

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. ZAKRES WYMAGANYCH I UZUPEŁNIEŃ/WYJAŚNIEŃ

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień/...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....

Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjasnień oraz weryfikacja po złożeniu I uzupełnień/wyjasnień wg załącznika do karty weryfikacji C1.II.

III. WYNIK WERYFIKACJI PO I UZUPEŁNIENIACH/WYJAŚNIENIACH

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifkuje 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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował

Imię i nazwisko Weryfikującego

...

Data i podpis

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

Sprawdził

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

.....

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

IV.ZAKRES WYMAGANYCH II UZUPEŁNIEŃ/WYJAŚNIEŃ:

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie II uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia II uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....

**Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjasnień oraz weryfikacja po złożeniu
II uzupełnień/wyjasnień wg załącznika do karty weryfikacji C1.IV**

V. WYNIK WERYFIKACJI PO II UZUPEŁNIENIACH/WYJAŚNIENIACH

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifuje się do dalszej oceny lub wymaga korekty 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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA**I. Weryfikacja krzyżowa z PO w ramach NSRO oraz PO "Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich 2007-2013" (PO RYBY 2007-2013)**

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

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

.....

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

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

.....

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

Zakres wymaganych wyjaśnień Beneficjenta:

.....

.....

.....

.....

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

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

III. Wynik kontroli krzyżowej

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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 14 lutego 2008 r.w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania oraz wypłaty pomocy finansowej w ramach działania "Odnowa i rozwój wsi" objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz. U. Nr 38 poz. 220 z późn. zm.)

IV. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

.....

.....

.....

.....

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

Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący):

.....

.....

.....

Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień (Sprawdzający):

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

D2. WSTĘPNY WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU

I. Przyczyna kontroli na miejscu / wizytacji w miejscu

	Weryfikują		Sprawdzając		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wizytacja w miejscu na zlecenie komórki merytorycznej UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Data przeprowadzenia kontroli na miejscu/wizytacji w miejscu/...../20.....						
3. Z raportu z czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

II. Zakres wymaganych wyjaśnień:

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

Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	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"/>

D3. WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU/WIZYTACJI W MIEJSCU

	Weryfikują	Sprawdzając	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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

**CZĘŚĆ E: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH
I KWOTY WNIOSKOWANEJ DO REFUNDACJI
ORAZ ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI**

E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH

Nr pozycji z Wykazu faktur	Nr faktury lub dokumentu o równoważnej wartości dowodowej	Pozycja w zestawieniu rzeczowo- finansowym	Kwota zakwestionowa- nych kosztów [zł]	Uzasadnienie	Kod przyczyny korekty
1	2	3	4	5	6

RAZEM:

zł

1. Kwota korekty w wyniku kontroli administracyjnej (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 6 nie zaznaczono kodów)

zł

2. Kwota korekty w wyniku kontroli na miejscu (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 6 zaznaczono kody)

zł

3. Przyczyna korekty kwoty pomocy w wyniku kontroli na miejscu (kod):

E2: ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający	
			TAK	NIE	TAK	NIE
I. Koszty kwalifikowalne						
1.	Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg wniosku	<input 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 type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Kwota pomocy						
5.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input 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 type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Kwota pomocy wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input 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 wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> %				
9.	Kwota do refundacji (po weryfikacji)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Słownie złotych:				

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:.....
.....**Uwagi:**.....
.....
.....
.....

Data dręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR

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

[illegible]

Data i podpis/... ./

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

[illegible]