

Załącznik nr 1 do karty weryfikacji wniosku o przyznanie pomocy¹

KARTA WERYFIKACJI SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ²

K-1.1/013_R

PROW 2007-2013

Oś 4 LEADER

Działanie: 421 Wdrażanie projektów współpracy
realizacja projektu współpracy

Nazwa jednostki oceniającej opis zadań:	..... ..... ..... Urząd marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
Znak sprawy:	..... .....
Nazwa LGD:	..... ..... .....
Data przyjęcia opisu zadań:	...../...../20.....
Kolejny numer złożonego przez LGD opisu zadań, w ramach etapów:	..... i

¹ - usunąć w przypadku weryfikacji szczegółowych opisów zadań dla etapów innych niż I i II

² - zwanego dalej "opisem zadań"

CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW ORAZ KRZYŻOWEJ

A1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Kosztorys ofertowy / Kosztorys inwestorski (sporządzony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 18 maja 2004r. w sprawie określenia metod i podstaw sporządzania kosztorysu inwestorskiego, obliczania planowanych kosztów prac projektowych oraz planowanych kosztów robót budowlanych określonych w programie funkcjonalno-użytkowym (Dz.U. Nr 130 poz. 1389) - oryginał lub kopia ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokumenty uzasadniające przyjęty poziom cen dla danego zadania (wydruki z Internetu, oferty sprzedawców, itd. ...)	<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"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. Weryfikacja opisu zadań

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Opis zadań został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Opis zadań został wypełniony zgodnie z instrukcją, w szczególności:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1. Opis zadań i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą LGD / pełnomocnika LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Liczba załączników podana w opisie zadań zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Dane finansowe w opisie zadań i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Weryfikacja planu finansowego operacji

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Plan finansowy został złożony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

³ Kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub notariusza lub przez upoważnionego pracownika urzędu marszałkowskiego/wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy

A2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Koszty kwalifikowalne w opisie zadań są zgodne z kosztami kwalifikowalnymi w ramach działania oraz z zasadami dotyczącymi kwalifikowalności kosztów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Projekt współpracy jest realizowany w nie więcej niż w 8 etapach, przy czym w jednym roku w nie więcej niż 4 etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zakończenie realizacji projektu współpracy i złożenie wniosku/wniosków o płatność ostateczną nastąpi do dnia 30 czerwca 2015 r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A3: WERYFIKACJA LIMITU I POZIOMU POMOCY

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Kwoty wskazane w planie finansowym operacji nie przekraczają kwot wskazanych w umowie przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Suma kwot rozliczająca zaliczkę wskazana w planie finansowym operacji jest równa kwocie zaliczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Suma kosztów kwalifikowalnych nie powoduje przekroczenia przyznanej kwoty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Planowane do poniesienia koszty wynagrodzeń nie powodują przekroczenia limitu wskazanego w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A4: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW

I. Weryfikacja kosztorysu na roboty budowlane

[illegible]

II. Weryfikacja racjonalności kosztów

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Planowany w opisie zadań zakres rzeczowy operacji jest uzasadniony celami i planowanymi efektami operacji - ZASADNOŚĆ ZAKRESU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Koszty kwalifikowalne poszczególnych zadań wchodzących w skład projektu współpracy odpowiadają cenom rynkowym i są właściwie uzasadnione - ZASADNOŚĆ POZIOMU KOSZTÓW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

A5: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

(Nazwa LGD krajowej)

I. Weryfikacja krzyżowa w ramach działania "Wdrażanie projektów współpracy" objętego PROW 2007-2013

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
1. Numer NIP Wnioskodawcy występuje w OFSA-PROW-DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

2. Na podstawie danych zamieszczonych w OFSA-PROW-DD, występuje podejrzenie pokrywania się zakresu rzeczowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

3. Na podstawie kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, stwierdzono pokrywanie się zakresu rzeczowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

II. Wynik weryfikacji krzyżowej

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
Operacja, o której wsparcie ubiega się LGD nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach działania 421 "Wdrażanie projektów współpracy" objętego PROW 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

A6: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW ORAZ KRZYŻOWEJ

I. Wstępny wynik

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* TAK
1. Opis zadań kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Opis zadań wymaga uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:
Imię i nazwisko Weryfikującego
Data i podpis/...../20....

Sprawdził:
Imię i nazwisko Sprawdzającego
Data i podpis/...../20....

Zatwierdził*
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis/...../20....

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:*
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....

II. Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień

wg załącznika nr 1

1. Data doręczenia koordynującej LGD/krajowej koordynującej LGD pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień:	...../...../20....
2. I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:	...../...../20....
3. Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień przez koordynującą LGD/krajową koordynującą LGD:	...../...../20....

III. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* TAK
1. Opis zadań kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Opis zadań wymaga II uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:
Imię i nazwisko Weryfikującego
Data i podpis/...../20....

Sprawdził:
Imię i nazwisko Sprawdzającego
Data i podpis/...../20....

Zatwierdził*
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis/...../20....

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:*
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień

wg załącznika nr 2

1. Data doręczenia koordynującej LGD/krajowej koordynującej LGD pisma w sprawie II uzupełnień/wyjaśnień:	...../...../20.....
2. II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:	...../...../20.....
3. Data nadania/złożenia II uzupełnień/wyjaśnień przez koordynującą LGD/krajową koordynującą LGD:	...../...../20.....

V. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Opis zadań kwalifikuje się do dalszej oceny w pełnym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Opis zadań kwalifikuje się do dalszej oceny w ograniczonym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Opis zadań nie kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego.

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

[illegible]

1. Data doręczenia koordynującej LGD/krajowej koordynującej LGD pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20....
2. Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:	...../...../20....
3. Data nadania/złożenia dodatkowych wyjaśnień przez koordynującą LGD/krajową koordynującą LGD:	...../...../20....

VI.a Wynik dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI.b Wynik dodatkowych wyjaśnień (Sprawdzający):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego
Data i podpis/...../20...

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego
Data i podpis/...../20...

Zatwierdził *

Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis/...../20...

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

[illegible]

	Weryfikujący			Sprawdzający	
	TAK	NIE		TAK	NIE
1. Dokonano aktualizacji opisu zadań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota korekty kosztów w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Kwota korekty kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Ostateczna kwota kosztów w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....

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

.....

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

.....

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

[illegible]

CZĘŚĆ B: WIZYTACJA W MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

Zatwierdzający *

NIE

- 7

[illegible]

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

I. Wstępny wynik wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu

Data przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu:	...../...../20....					
Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający *	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził*:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

.....

.....

.....

II. Zakres wymaganych wyjaśnień

wg załącznika nr 3

Data doręczenia koordynującej LGD / krajowej koordynującej LGD pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:	...../...../20....
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez koordynującą LGD / krajową koordynującą LGD :	...../...../20....

III. Wynik wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu

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

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził*:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

CZĘŚĆ C: OCENA KOŃCOWA SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ

I. Wynik weryfikacji opisu zadań

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Opis zadań kwalifikuje się do akceptacji przez UM w pełnym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Opis zadań kwalifikuje się do akceptacji przez UM w ograniczonym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Opis zadań nie kwalifikuje się do akceptacji przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Nazwa LGD Krajowej)

II. Aktualizacja opisu zadań

	Weryfikujący			Sprawdzający	
	TAK	NIE		TAK	NIE
1. Dokonano aktualizacji opisu zadań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota korekty kosztów inwestycyjnych	<input type="text"/>		, <input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
3. Kwota korekty kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>		, <input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
4. Ostateczna kwota kosztów inwestycyjnych	<input type="text"/>		, <input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
5. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>		, <input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł

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 (pole wypełniane w sytuacji rozbieżności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego):

Uwagi:

Data doręczenia koordynującej LGD/krajowej koordynującej LGD pisma informującego o akceptacji przez UM opisu zadań w pełnym zakresie / w niepełnym zakresie / braku akceptacji opisu zadań⁴

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

⁴ nie dotyczy opisu dla I i II etapu