

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY

w zakresie operacji polegającej na przygotowaniu projektu współpracy

K-1/013_P

PROW 2007-2013

Oś 4 LEADER

Działanie: 421 Wdrażanie projektów współpracy

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:	<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna</div>
Znak sprawy:	<div>.....</div> <div>.....</div>
Nazwa Wnioskodawcy (LGD):	<div>.....</div> <div>.....</div>
Data przyjęcia wniosku:	<div>...../...../20.....</div>
Tytuł operacji:	<div>.....</div> <div>.....</div>
Akronim tytułu projektu współpracy:	<div>.....</div> <div>.....</div>

CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWA

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI FORMALNEJ

I. Weryfikacja załączników

A. Załączniki dotyczące LGD

1. Statut LGD (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginał lub kopia¹
2. Odpis z KRS (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginał lub kopia¹

B. Załączniki dotyczące operacji

3. a. Oświadczenie LGD o kwalifikowalności VAT, jeżeli LGD będzie się ubiegać o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych albo
b. Oświadczenie LGD o rezygnacji z zaliczenia podatku VAT do kosztów kwalifikowalnych (oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM)
4. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone - oryginał lub kopia¹
5. Oświadczenie partnera projektu współpracy - oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

C. Inne załączniki

6.
7.
8.
9.
10.

Weryfikujący			Sprawdzający		
DO			DO		
TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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 podmiot, który wydał dokument lub notariusza lub przez upoważnionego pracownika urzędu marszałkowskiego/wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy

II. Weryfikacja wniosku

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w szczególności:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą LGD/ pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Dane LGD wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Dane finansowe we wniosku i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym	<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 UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Cel projektu współpracy jest zgodny z LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Operacja jest zgodna z celami wymienionymi w PROW 2007-2013 i jej realizacja pozwoli na osiągnięcie celów wskazanych we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Partnerzy projektu współpracy na podstawie dostarczonych oświadczeń spełniają kryteria wskazane w art. 39 ust. 2 rozporządzenia (WE) 1974/2006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Operacja jest realizowana w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy w nie więcej niż 2 etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność ostateczną nastąpi do dnia 31 grudnia 2013 r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B3: WERYFIKACJA LIMITU I POZIOMU POMOCY

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza przysługującego LGD limitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza wysokości kosztów kwalifikowalnych operacji wskazanych w Planie finansowym operacji i Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Płatność ostateczna będzie stanowiła nie mniej niż 25% łącznej planowanej wysokości pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

B4: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Planowany zakres rzeczowy jest uzasadniony celami i planowanymi efektami operacji - ZASADNOŚĆ ZAKRESU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Koszty kwalifikowalne odpowiadają cenom rynkowym i są właściwie uzasadnione - ZASADNOŚĆ POZIOMU KOSZTÓW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Planowane do poniesienia koszty są uzasadnione planowanymi do osiągnięcia celami i efektami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5: WERYFIKACJA KRZYŻOWA**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"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

II. Wynik weryfikacji krzyżowej

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
		DO		DO		DO
	TAK	UZUP	TAK	UZUP	TAK	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
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:
.....
.....
.....

B6: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWEJ

I. Wstępny wynik

	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 uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
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

Data doręczenia LGD pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20.....
Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień przez LGD :/...../20.....

III. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/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 wymaga II uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego.....

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

Data doręczenia LGD pisma w sprawie II uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20.....
Data nadania/złożenia II uzupełnień/wyjaśnień przez LGD :/...../20.....

V. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny w pełnym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny z opisem zadań w ograniczonym zakresie	<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 Zatwierdzającego

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:

[illegible]

VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień:

[illegible]

Data doręczenia LGD pisma w sprawie wyjaśnień:/...../20....
Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20....
Data nadania/złożenia dodatkowych wyjaśnień przez LGD :/...../20....

[illegible][illegible]

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

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

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. 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 kwalifikowalnych	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
3. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego
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:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CZĘŚĆ C: WERYFIKACJA RZETELNOŚCI ORAZ WIZYTACJA W MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

[illegible]

Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu

[illegible]

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

[illegible]

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.....					
	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający *	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
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	<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 LGD pisma w sprawie wyjaśnień:/...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez LGD:/...../20.....

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

	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"/>

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 D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. Wynik weryfikacji wniosku

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do przyznania pomocy w pełnym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do przyznania pomocy z opisem zadań w ograniczonym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek nie kwalifikuje się do przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Aktualizacja zestawienia rzeczowo - finansowego operacji i opsu 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 kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł
3. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł
4. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kwota korekty kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł
6. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł
7. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł

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

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

Uwagi:
.....
.....
.....
.....

Data doręczenia LGD pisma informującego o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku/odmowie przyznania pomocy/...../20.....
---	---------------------

CZĘŚĆ E: POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA / ODMOWA PRZYZNANIA POMOCY / WYCOFANIE WNIOSKU

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia	<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"/>
3. Wniosek został wycofany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Część, w której nastąpiło/a <i>pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku</i>	<div></div>		
Przyczyny: <i>pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia/odmowy przyznania pomocy/wycofania wniosku</i>	<div></div>		

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

Data doręczenia LGD pisma informującego o odmowie przyznania pomocy/...../20.....
---	---------------------