

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU**  
**O PRYZNANIE POMOCY**  
w zakresie operacji polegającej na realizacji projektu współpracy

K-1/013\_R

**PROW 2007-2013**

**Oś 4 LEADER**

**Działanie: 421 Wdrażanie projektów współpracy**

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

## CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. We wniosku wskazano adres albo istnieje możliwość ustalenia tego adresu na podstawie posiadanych danych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Przynajmniej jedna spośród LGD ubiegających się o wsparcie nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Przynajmniej jedna spośród LGD ubiegających się o wsparcie jest wybrana do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rozpatrywany wniosek jest jedynym wnioskiem dotyczącym danego projektu współpracy złożonym do któregokolwiek UM przez wnioskodawców	<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"/>

#### Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

#### Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

#### Zatwierdził\*:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI FORMALNEJ

**Sprawdzający**

	DO			DO	
TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND

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

--	--	--	--

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

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

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

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

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

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

		Weryfikujący DO			Sprawdzający DO		
		TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
C. Inne załączniki							
14.	.....						
	.....						
15.	.....						
	.....						
16.	.....						
	.....						
17.	.....						
	.....						
18.	.....						
	.....						

<sup>1</sup> 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 DO		Sprawdzający DO	
	TAK	UZUP	TAK	UZUP
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu				
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w szczególności:				
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą koordynującą LGD / krajową koordynującą LGD / pełnomocnika				
2.2 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych				
2.3 Dane wszystkich LGD wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach				
2.4 Dane finansowe we wniosku i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym				

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 celami LSR wszystkich LGD ubiegających się o wsparcie	<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 zakładanych celów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cele projektu współpracy są mierzalne, określone w czasie i możliwe do osiągnięcia w okresie jego realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Umowa partnerska zawiera w szczególności elementy wskazane w § 10 ust. 3 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Umowa partnerska została podpisana przez wszystkich partnerów projektu współpracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. Dla projektu współpracy wyznaczono osobę koordynującą oraz nadzorującą wdrażanie, finansowanie, promocję i monitorowanie projektu współpracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Projekt współpracy jest realizowany w okresie nie dłuższym niż 48 miesięcy w nie więcej niż 8 etapach, przy czym w jednym roku w nie więcej niż czterech etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. Wykluczenie któregośkolwiek partnera projektu współpracy nie powoduje braku możliwości realizacji operacji	<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. Wnioskowane przez LGD ubiegające się o wsparcie kwoty pomocy nie przekraczają przysługujących im limitów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data sprawdzenia dostępności środków dla partnerów ubiegających się o wsparcie	... / ... / 20.....		... / ... / 20.....	
2. Wnioskowane przez poszczególne LGD kwoty pomocy nie przekraczają wysokości kosztów kwalifikowalnych wskazanych w Planie finansowym operacji i Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

**B4: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW**

	Weryfikujący DO		Sprawdzający DO	
	TAK	UZUP	TAK	UZUP
1. Planowane do poniesienia koszty są uzasadnione planowanymi do osiągnięcia celami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**B5: WERYFIKACJA ZALICZKI**

	Weryfikujący DO			Sprawdzający DO		
	TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
1. Wnioskowana kwota zaliczki przez poszczególne LGD nie przekracza limitu określonego w obowiązujących przepisach prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II ORAZ KRZYŻOWEJ**

wg części A.1-A5 załącznika nr 1

**WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADMI PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II ORAZ KRZYŻOWEJ**

wg części A.6 I załącznika nr 1

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

**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 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 2

Data doręczenia koordynującej LGD / krajowej koordynującej 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 koordynującą LGD / krajową koordynującą 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 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 3

Data doręczenia koordynującej LGD / krajowej koordynującej 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 koordynującą LGD / krajową koordynującą 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 dalszej oceny w ograniczonym zakresie bez opisu zadań	<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"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Data i podpis

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

Zatwierdził\*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Data i podpis

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

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## VI.a Wynik dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący)

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

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

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

9 z 16

## CZĘŚĆ C: WERYFIKACJA RZETELNOŚCI

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający *	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wszystkie LGD krajowe ubiegające się o wsparcie spełniają wymagania rzetelności w odniesieniu do wszelkich wcześniejszych współfinansowanych operacji, podjętych od 2000r. w ramach PO SAPARD, SPO "Restrukturyzacja i modernizacja sektora żywnościowego oraz rozwoju obszarów wiejskich 2004-2006", PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></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....

\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego**

**WIZYTACJA W MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU W  
 ODNIESIENIU DO SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II**

**wg części B załącznika nr 1**

**OCENA KOŃCOWA SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II**  
**wg. części C załącznika nr 1**

**CZĘŚĆ D: OCENA PUNKTOWA PROJEKTU WSPÓŁPRACY**

**I. Ocena punktowa projektu współpracy**

	Weryfikujący	Sprawdzający
1. W realizację projektu współpracy zaangażowanych jest więcej niż dwóch partnerów (0 albo 4 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
2. W projekcie współpracy została określona i opisana grupa podmiotów, do których ten projekt jest skierowany lub których udział założono w realizacji projektu (0 albo 4 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
3. Cele projektu współpracy są zgodne z więcej niż jednym celem szczegółowym LSR przynajmniej jednej LGD krajowej uczestniczącej w realizacji danego projektu współpracy (0 albo 3 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
4. Projekt współpracy ma innowacyjny charakter dla danego obszaru (0 albo 3 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
5. Projekt współpracy opiera się na lokalnych zasobach (0 albo 3 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
6. Zadania objęte projektem współpracy wykraczają poza wymianę doświadczeń między partnerami (0 albo 8 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
7. Realizacja projektu współpracy pozwoli na pobudzenie lub utrzymanie aktywności środowisk lokalnych w trakcie lub po zakończeniu realizacji projektu (0 albo 6 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
8. Zarządzanie projektem współpracy – kwalifikacje i doświadczenie koordynatora istotne z punktu widzenia realizacji projektu współpracy, a jeżeli żadna z LGD krajowych uczestniczących w realizacji międzynarodowego projektu współpracy nie jest koordynującą LGD, o której mowa w art. 39 ust. 1 rozporządzenia 1974/2006 - kwalifikacje i doświadczenie koordynatora krajowego:		
8.1 w przypadku międzynarodowych projektów współpracy – udokumentowana znajomość co najmniej jednego języka roboczego Unii Europejskiej (angielski, niemiecki lub francuski) lub języka kraju, z którego pochodzi partner projektu współpracy (0 albo 5 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
8.2 udokumentowane doświadczenie w zarządzaniu projektami o zakresie podobnym do zakresu ocenianego projektu współpracy:	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
a) powyżej 2 projektów - 4 pkt		
b) 1 lub 2 projekty - 2 pkt		
c) brak doświadczenia 0 pkt		
9. Budżet projektu współpracy zakłada proporcjonalny podział wydatków między partnerów (0 albo 2 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
10. Budżet projektu współpracy odpowiada planowanym zadaniom (0 albo 4 pkt)	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
11. Projekt współpracy jest projektem:	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt
1) zintegrowanym - 4 pkt		
2) symetrycznym - 2 pkt		
3) żadnym z wymienionych w pkt 1 lub 2 - 0 pkt		
12. Suma punktów uzyskanych z oceny projektu współpracy	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/> pkt

II. Wynik oceny punktowej projektu współpracy

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Projekt współpracy uzyskał minimum 60% punktów	<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**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

<b>CZEŚĆ E: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU</b>	
---------------------------------------	--

## 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 kwalifikuje się do przyznania pomocy w ograniczonym zakresie bez opisu zadań	<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.....  
 .....

**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 pozytywnym rozpatrzeniu wniosku	...../...../ 20.....
--	----------------------

		(Nazwa LGD Krajowej)					
		Weryfikujący		Sprawdzający			
		TAK	NIE	TAK	NIE		
1.	Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego						
2.	Kwota korekty kosztów inwestycyjnych					zł	
3.	Kwota korekty kosztów kwalifikowalnych					zł	
4.	Ostateczna kwota kosztów inwestycyjnych					zł	
5.	Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych					zł	
6.	Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania					zł	
7.	LGD krajowej przysługuje zaliczka						
8.	Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki					zł	

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

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

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

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

[illegible]

<p><b>CZĘŚĆ F: POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA / ODMOWA PRZYZNANIA POMOCY / WYCOFANIE WNIOSKU</b></p>
--

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
<b>1. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<b>2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<b>3. Wniosek został wycofany</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
Część, w której nastąpiło/a <i>pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku</i>	<div style="border-top: 1px dotted black; height: 80px;"></div>		
Przyczyny: <i>pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy / wycofania wniosku</i>	<div style="border-top: 1px dotted black; height: 200px;"></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 koordynującej LGD/ krajowej koordynującej pisma informującego o odmowie przyznania pomocy	...../...../20.....
---	---------------------

WERYFIKACJA DOKUMENTÓW PRAWNEGO ZABEZPIECZENIA ZALICZKI

	Weryfikujący			Sprawdzający			Zatwierdzający*		
	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Złożone dokumenty prawnego zabezpieczenia są poprawne									

Notatki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*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

.....

.....

.....

.....

.....

**Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

.....

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