

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-1/210

PROW 2007-2013

Oś 4: LEADER

Działanie 413: "Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju" w zakresie małych projektów

Rodzaj płatności:

Pośrednia

☐

Ostateczna

☐

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
Znak sprawy:	
Imię i nazwisko / Nazwa Beneficjenta:	
Numer umowy przyznania 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. 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"/>

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 między Weryfikującym i Sprawdzającym

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 - kopie ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wyjaśnienie zmian dokonanych dla danej pozycji w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym</i> stanowiącym załącznik do wniosku o płatność w przypadku gdy faktycznie poniesione koszty kwalifikowalne operacji będą niższe albo wyższe o więcej niż 10% w stosunku do wartości zapisanych w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym</i> operacji stanowiącym załącznik do umowy przyznania pomocy - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ostateczna decyzja o pozwoleniu na budowę lub decyzja o środowiskowych uwarunkowaniach lub pozwolenie wodnoprawne lub decyzja o zatwierdzeniu projektu prac geologicznych - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwemu organowi, potwierdzone przez ten organ wraz z: Oświadczeniem wnioskodawcy, że w ciągu 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał lub Potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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"/>
8. 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 wraz z: Oświadczeniem Beneficjenta, że w ciągu 21 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót właściwy organ nie wniósł sprzeciwu oryginał lub Potwierdzeniem właściwego organu, że nie wnosi sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót będzie przedkładane przed upływem 21 dni – kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania lub oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu ww. czynności 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"/>
10. Kosztorys różnicowy - oryginał lub kopia ²	<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. Wycena określająca wartość rynkową zakupionego używanego sprzętu lub określająca wartość wkładu niepieniężnego w postaci udostępnienia nieruchomości - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zaświadczenia, pozwolenia lub licencje w odniesieniu do realizowanego zakresu rzeczowego, jeżeli są wymagane przepisami prawa krajowego - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dokumenty potwierdzające przyznanie dotacji / dofinansowania ze środków Funduszu Kościelnego lub jednostki samorządu terytorialnego (JST) - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Opis sposobu rozliczenia środków przekazanych przez Fundusz Kościelny lub jednostkę samorządu terytorialnego (JST), zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240) - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Karta wkładu niepieniężnego: pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie oraz udostępnienia ziemi, nieruchomości, sprzętu, surowców – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pełnomocnictwo - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dokument potwierdzający numer rachunku prowadzonego przez bank lub przez spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową Beneficjenta lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, na który mają być przekazane środki finansowe – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 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"/>
20. Sprawozdanie z realizacji operacji – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dokument dotyczący rozliczenia w zakresie przeprowadzonych zadań edukacyjnych, wydarzeń promocyjnych lub kulturalnych, opracowania dotyczącego obszaru objętego LSR oraz udzielonego doradztwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21a Karta rozliczenia szkolenia/warsztatu/przedsięwzięcia edukacyjnego/imprezy (kulturalnej/promocyjnej/rekreacyjnej/sportowej) – oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21b Lista obecności uczestników - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21c Karta publikacji / analizy / badania nad obszarem LSR - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21d Wzór listy osób nagrodzonych - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej z podaniem przedmiotu wykonywanej działalności gospodarczej zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności PKD (w przypadku Beneficjenta będącego osobą fizyczną) - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kopia wypisu z Ewidencji innych obiektów, o której mowa w art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności Beneficjent świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych w innych obiektach, w których mogą być świadczone usługi hotelarskie – oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Decyzja określająca kategorię obiektu hotelarskiego, nadaną na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych, w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej Beneficjent świadczy usługi turystyczne polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych w obiektach hotelarskich – oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	TAK	DO UZUP.	ND	TAK	DO UZUP.	ND
II. Inne załączniki	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<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 upoważnionego pracownika urzędu marszałkowskiego/wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej, realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy.

III. 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 tym:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez Beneficjenta / osobę reprezentującą Beneficjenta / pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Dane identyfikacyjne Beneficjenta wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<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)

.....

.....

.....

.....

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.	ND	TAK	DO UZUP.	ND
1. Zrealizowany zakres rzeczowy jest zgodny z zakresem rzeczowym określonym w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym</i> 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, uzgodnienia, 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 <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego</i> operacji 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. Przyczyny zmian w poszczególnych pozycjach <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego</i> operacji są zasadne do uznania kosztów kwalifikowalnych w wysokości faktycznie poniesionej	<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 w okresie wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7a. Transakcje, których wartość bez względu na liczbę wynikających z nich płatności przekracza 1 tys. zł zostały poniesione w formie rozliczenia bezgotówkowego albo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b. Transakcje, których wartość bez względu na liczbę wynikających z nich płatności przekracza 1 tys. zł zostały poniesione w formie rozliczenia bezgotówkowego przeprowadzonego poleceniem przelewu za pośrednictwem rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Poziom kosztów ogólnych wymienionych w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym</i> 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"/>
9a. Wartość wkładu niepieniężnego - pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie oraz udostępnienia ziemi, nieruchomości, sprzętu lub surowców nie przekracza 30% pozostałych kosztów kwalifikowalnych operacji pomniejszych o wysokość kosztów ogólnych albo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9b. Wartość pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie nie przekracza 10% całkowitych kosztów kwalifikowalnych małych projektów pomniejszych o wysokość kosztów ogólnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania 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"/>	<input type="checkbox"/>
11. Koszty zakupu upominków i nagród nie przekraczają kwoty określonej w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Beneficjent wywiązał się z obowiązku informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW	<input type="checkbox"/>	<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

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO UZUP.	ND	TAK	NIE	DO UZUP.	ND
13. Cel operacji został osiągnięty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cel operacji może zostać osiągnięty pomimo niezrealizowania części zakresu rzeczowo-finansowego danego etapu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dla kosztów przedstawionych do refundacji w ramach wniosku zostało prawidłowo przeprowadzone postępowanie o zamówienie publiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym</i> 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 <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Łączne kwoty kosztów kwalifikowalnych z zestawienia rzeczowo-finansowego są zgodne z <i>Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i> 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. <i>Sprawozdanie</i> zostało podpisane przez Beneficjenta /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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B5: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZACYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
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"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<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 między Sprawdzającym i Weryfikującym

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ C: WYNIK WERYFIKACJI

C1: ZAKRES WYMAGANYCH UZUPEŁNIEŃ/WYJAŚNIEŃ

I. 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/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu I uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji C1.I

II. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/wyjaśnieniach:

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje 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"/>

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 między Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

III. 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/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu II uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji C1.III

IV. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach:

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

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

V. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

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

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

VI a. Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący):

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

VI b. Wynik po weryfikacji 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:

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

C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

I. Weryfikacja krzyżowa z PO w ramach NSRO, 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"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawił:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził*:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym i Sprawdzającym

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 8 lipca 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania oraz wypłaty pomocy finansowej w ramach działania Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz.U. Nr 138, poz. 868 z późn. zm.)

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

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
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"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawił:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził*:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

D1: WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA WIZYTACJI W MIEJSCU/ WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

Weryfikujący			Sprawdzający			Zatwierdzający*	
TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND	TAK	NIE
<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"/>

II. Weryfikacja w przypadku operacji inwestycyjnych

	Weryfikujący			Sprawdzający			Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND	TAK	NIE
1. Beneficjent na etapie weryfikacji WoPP spełniał wymogi rzetelności w odniesieniu do operacji realizowanych od 2000 r. i współfinansowanych w ramach PO SAPARD, SPO "Restrukturyzacja...", PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Operacja została wytypowana do kontroli miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizytacji w miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uzasadnienie konieczności / braku konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu.

Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem.

[illegible]

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

1/20

Zatwierdził*:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

1/20

* *Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk*

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....
Uwagi:

D2: WSTĘPNY WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

I. Przyczyna kontroli na miejscu / wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wizytacja w miejscu / wizytacja w miejscu w trybie kontroli na 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 / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na 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"/>

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

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"/>
.....				

D3:WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

	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"/>

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 między Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH

RAZEM:		zł
---------------	--	----

3.
Strona 19 z 22

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Kwota zakwestionowanych kosztów z faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II. Kwota pomocy						
5.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	Kwota pomocy dla danego etapu operacji wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	Różnica pomiędzy kwotą pomocy dla danego etapu operacji wg wniosku a kwotą pomocy dla danego etapu operacji wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	%			
9.	Kwota do refundacji (po weryfikacji)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Słownie złotych:	<input type="text"/>				

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:

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

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:/...../20....
---	--------------------

E3: ROZLICZENIE WYPRZEDZAJĄCEGO FINANSOWANIA / ZALICZKI

I. Wyliczenie kwoty wyprzedzającego finansowania do odliczenia w danym etapie operacji (w części E2.II pkt 8)

1.

Wyplacona kwota wyprzedzającego finansowania **minus** Suma kwot wyprzedzającego finansowania odliczonych w poprzednich etapach operacji

zł
2.

Maksymalna możliwa do odliczenia kwota wyprzedzającego finansowania w danym etapie operacji (E2.II.7 x 20%)

zł
3.

Kwota wyprzedzającego finansowania do odliczenia w danym etapie operacji

zł

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Uwagi:

.....
.....

II. Wyliczenie kwoty zaliczki do odliczenia w danym etapie operacji (w części E2.II pkt 8)

1.

Kwota wypłaconej zaliczki

zł
2.

Zwrócona kwota zaliczki

zł
3.

Kwota zaliczki do zwrotu

zł
4.

Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę

zł
5.

Kwota do refundacji (po rozliczeniu zaliczki), w tym:

zł
- Środki UE

zł
- Środki krajowe

zł
6.

Pozostała kwota zaliczki do zwrotu

zł

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Uwagi:

.....
.....

II. Rozliczenie kwoty wyprzedzającego finansowania/zaliczki (w przypadku wniosku o płatność ostateczną)

1.

Wyplacona kwota wyprzedzającego finansowania/zaliczki

zł
2.

Przysługująca kwota wyprzedzającego finansowania/ zaliczki

zł
3.

Różnica

zł

CZĘŚĆ F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY / WYCOFANIE WNIOSKU	
Część karty, w której nastąpiła odmowa wypłaty pomocy / wycofanie wniosku w całości / w części

Przyczyna odmowy wypłaty pomocy

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....

Data doręczenia Beneficjentowi pism P-7/210 lub P-11/210/...../20....
--	--------------------

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....