

## KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-1/220

*Oś: 1. Poprawa konkurencyjności sektora rolnego i leśnego*

*Działanie: 125 "Poprawianie i rozwijanie infrastruktury związanej z rozwojem i dostosowywaniem rolnictwa i leśnictwa przez scalanie gruntów"*

*Schemat I*

*Rodzaj płatności:*

POŚREDNIA

☐

OSTATECZNA

☐

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

<b>CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA WNIOSKU</b>
---

[illegible]

**Zweryfikował:**

.....

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

.....

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

1 / 20

.....

.....

.....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**CZĘŚĆ B: KOMPLETNOŚĆ I POPRAWNOŚĆ WYPEŁNIENIA WNIOSKU****CZĘŚĆ B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI WNIOSKU**

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP.	TAK	DO UZUP.
<b>I. Weryfikacja wniosku o płatność</b>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą Beneficjenta/pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	N/D	TAK	DO UZUP.	N/D
<b>II. Weryfikacja załączników do wniosku</b>						
Czy złożono:						
1. Faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej (w tym umowy o dzieło, zlecenia i inne umowy cywilnoprawne) - kopie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dowody zapłaty - kopie *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Umowy z dostawcami lub wykonawcami zawierające specyfikację będącą podstawą wystawienia każdej z przedstawionych faktur lub innych dokumentów o równoważnej wartości dowodowej – jeżeli nazwa towaru lub usługi w przedstawionej fakturze lub dokumencie o równoważnej wartości dowodowej, odnosi się do umów zawartych przez Beneficjenta lub nie pozwala na precyzyjne określenie kosztów kwalifikowalnych - kopia **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uzasadnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji w przypadku, gdy koszty kwalifikowalne w poszczególnych pozycjach zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji będą wyższe o więcej niż 10% w stosunku do wartości zapisanych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji stanowiącym załącznik do decyzji - 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 - kopia**	<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 - kopia** wraz z: - oświadczeniem wnioskodawcy, że w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał lub - potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych - kopia**	<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 **	<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 - oryginał lub kopia **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a.	Oświadczenie Beneficjenta, że w ciągu 21 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	Potwierdzenie właściwego organu, że nie wnosi on sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót budowlanych będzie przedkładane przed upływem 21 dni - oryginał lub kopia**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Protokoły odbioru robót lub protokoły montażu lub rozruchu maszyn i urządzeń albo oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu robót budowlanych lub montażu lub rozruchu z udziałem środków własnych - oryginał lub kopia**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Kosztorys różnicowy - oryginał lub kopia **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Pełnomocnictwo - oryginał lub kopia **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Zaświadczenie z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, wskazujące rachunek Beneficjenta, na który mają być przekazane środki finansowe - oryginał (dołączony do pierwszego wniosku o płatność)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Sprawozdanie z realizacji operacji (dołączane do wniosku o płatność ostateczną) - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Postanowienie o wszczęciu postępowania scaleniowego - oryginał lub kopia **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Decyzja o zatwierdzeniu projektu scalenia (dołączona do wniosku o płatność ostateczną)- kopia**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Zaświadczenie Starosty o przyjęciu dokumentacji do państwowego zasobu geodezyjnego i kartograficznego (dołączane do wniosku o płatność ostateczną) - kopia**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Komplet dokumentacji z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego - kopia***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The diagram consists of two groups of boxes separated by a vertical line. On the left side, there are 7 boxes: a vertical column of 4 boxes and a horizontal row of 3 boxes to the right of the top box of the column. On the right side, there are 8 boxes: a vertical column of 4 boxes and a horizontal row of 4 boxes to the right of the top box of the column.

- Uwagi:**

[illegible]

## CZĘŚĆ B2: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

### I. WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga uzupełnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Rozstrzygnięcie 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 rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego:

...

### II. ZAKRES WYMAGANYCH UZUPEŁNIEŃ:

Data doręczenia Beneficjentowi wezwania:

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

Dokumenty należy uzupełnić w terminie:

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

Data nadania/złożenia uzupełnień przez Beneficjenta:

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

Zakres braków formalnych oraz ich weryfikacja wg załącznika do karty weryfikacji B2.II

### III. WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

	Weryfikujący	Sprawdzając	Zatwierdzający
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpoznania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Rozstrzygnięcie 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 rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego:

.....

IV. POSTĘPOWANIE PO ZŁOŻENIU PRZEZ BENEFICJENTA PROŚBY O PRZYWRÓCENIE TERMINU NA USUNIĘCIE BRAKÓW FORMALNYCH

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Uchybienie terminu nastąpiło bez winy beneficjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wraz z prośbą złożono dokumenty stanowiące załączniki do wniosku lub usunięto nieprawidłowości w wypełnieniu wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Rozstrzygnięcie w przypadku braku zgodności stanowisk

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uzasadnienie rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego:

V. ZAKRES BRAKÓW FORMALNYCH (zgodny z pkt. II):

Zakres braków formalnych oraz ich weryfikacja wg załącznika do karty weryfikacji B2.V

VI. WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpoznania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Rozstrzygnięcie w przypadku braku zgodności stanowisk

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uzasadnienie rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego:

Uwagi:

**CZĘŚĆ C: POPRAWNOŚĆ WNIOSKU POD WZGLEDEM ZGODNOŚCI Z DECYZJĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLEDEM RACHUNKOWYM, KONTROLA KRZYŻOWA ORAZ WERYFIKACJA SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI**

**CZĘŚĆ C1: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z DECYZJĄ I KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW**

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO WYJA ŚNIEŃ	N/D	TAK	NIE	DO WYJA ŚNIEŃ	N/D
<b>Weryfikacja elementów, których nie spełnienie skutkować będzie korektą kwoty kosztów kwalifikowalnych oraz kwoty pomocy:</b>								
1. Zrealizowany zakres rzeczowy operacji/etapu podany w zestawieniu rzeczowo – finansowym z realizacji operacji jest zgodny z zakresem rzeczowym wymienionym w zestawieniu rzeczowo – finansowym załączonym do decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Prawidłowo udokumentowano zrealizowanie zakresu rzeczowego oraz dołączono wymagane odrębnymi przepisami oraz decyzjami: opinie, zaświadczenia, pozwolenia lub decyzje związane z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zakres rzeczowy kosztów kwalifikowalnych z zestawienia rzeczowo-finansowego ma pokrycie w załączonych do wniosku fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Uzasadnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach zestawienia rzeczowo-finansowego operacji jest wystarczające do uznania kosztów za kwalifikowalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Data sprzedaży na przedstawionych do refundacji fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej jest późniejsza od daty złożenia wniosku o przyznanie pomocy (z wyjątkiem kosztów ogólnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Data sprzedaży na fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej dotyczących kosztów ogólnych związanych z przygotowaniem projektu lub niezbędnej dokumentacji nie jest wcześniejsza niż 1 stycznia 2007 r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Płatności zostały zrealizowane nie wcześniej niż w dniu złożenia wniosku o przyznanie pomocy (z wyjątkiem kosztów ogólnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. W przypadku kosztów ogólnych płatności zostały zrealizowane nie wcześniej niż w dniu 1 stycznia 2007r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Koszty zostały poniesione w formie rozliczenia bezgotówkowego, przeprowadzonego przelewem za pośrednictwem rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, bez względu na liczbę dokonanych płatności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Protokoły odbioru robót lub montażu lub rozruchu maszyn i urządzeń potwierdzają wykonanie zakresu określonego w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Weryfikacja elementów, których nie spełnienie skutkować będzie odmową wypłaty pomocy, na podstawie składanych załączników

11. Cel operacji został osiągnięty (w przypadku płatności końcowej) lub zrealizowano wszystkie pozycje zestawienia rzeczowo-finansowego (w przypadku płatności pośredniej)	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
12. Nie zrealizowanie wszystkich pozycji zakresu rzeczowo-finansowego etapu, umożliwia kontynuację prac i osiągnięcie celu operacji.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

13. Uzasadnienie

Uwagi:

CZĘŚĆ C2: WERYFIKACJA WNIOSKU POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO WYJA ŚNIEN	N/D	TAK	NIE	DO WYJA ŚNIEN	N/D
1. Przedstawione faktury lub dokumenty księgowe o równoważnej wartości dowodowej zostały opłacone w całości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej są zgodne z Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dane finansowe w zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji wynikają z danych zawartych w Wykazie faktur lub dokumentów o równoważnej wartości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej odnoszą się do właściwych pozycji zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Łączne kwoty kosztów kwalifikowalnych z zestawienia rzeczowo-finansowego są zgodne z Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej i kwotą we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ C3: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

	Weryfikujący					Sprawdzający			
	TAK	NIE	N/D	DO WYJAŚ NIEŃ		TAK	NIE	N/D	DO WYJAŚ NIEŃ
1. Numer NIP Beneficjenta występuje w KSI SIMIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych									
.....									
.....									
.....									
.....									
2. Na podstawie karty informacyjnej dostępnej w KSI SIMIK 2007-13 / danych szczegółowych uzyskanych z właściwej instytucji, występuje podejrzenie 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									
.....									
.....									
.....									
.....									
3. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie 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"/>
4. Operacja została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

\* Weryfikacja na podstawie danych szczegółowych uzyskanych z Instytucji Zarządzającej odbywa się tylko w sytuacjach wyjątkowych związanych z niedostępnością KSI SIMIK

\*\*Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach działania "Poprawianie i rozwijanie infrastruktury związanej z rozwojem i dostosowywaniem rolnictwa i leśnictwa przez scalanie gruntów" objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz. U. Nr 80, poz. 480 z dnia 12 maja 2008 r.z póź. zm.)

CZĘŚĆ C4: WERYFIKACJA SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO Z REALIZACJI OPERACJI  
(dotyczy płatności ostatecznej)

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO WYJA ŚNIEN	N/D	TAK	NIE	DO WYJA ŚNIEN	N/D
1. Informacja ogólna na temat operacji i beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Przebieg realizacji operacji i planu rzeczowego jest zgodny z zapisami decyzji o przyznaniu pomocy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informacje dotyczące postępu z realizacji planu finansowego są zgodne z danymi zawartymi w decyzji i złożonych Wnioskach (I, II, ... etap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wszystkie wymagane pola w sprawozdaniu z realizacji operacji zostały wypełnione zgodnie z instrukcją.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sprawozdanie zostało podpisane przez Beneficjenta/osobę reprezentującą Beneficjenta/pełnomocnika	<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:

CZĘŚĆ C5: WYNIK WERYFIKACJI POPRAWNOŚCI WNIOSKU POD WZGLĘDEM ZGODNOŚCI Z DECYZJĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM, KONTROLI KRZYŻOWEJ ORAZ WERYFIKACJI SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

I. WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga złożenia 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"/>

\* Rozstrzygnięcie 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 rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego:

.....

II. ZAKRES WYMAGANYCH WYJAŚNIEŃ:

Data doręczenia Beneficjentowi wezwania:	.../.../20...
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	.../.../20...
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez Beneficjenta:	.../.../20...

Zakres wymaganych wyjaśnień oraz weryfikacja wyszczególnionych elementów wg załącznika do karty weryfikacji C5.II

	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"/>

\* Rozstrzygnięcie 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 rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego:

.....

IV. POSTĘPOWANIE PO ZŁOŻENIU PRZEZ BENEFICJENTA PROŚBY O PRZYWRÓCENIE TERMINU NA ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Uchybienie terminu nastąpiło bez winy beneficjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wraz z prośbą złożono wyjaśnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. ZAKRES WYMAGANYCH WYJAŚNIEŃ (zgodny z pkt. II):

Zakres wymaganych wyjaśnień oraz weryfikacja wyszczególnionych elementów wg załącznika do karty weryfikacji C5.V

VI.WYNIK WERYFIKACJI POPRAWNOŚCI WNIOSKU POD WZGLĘDEM ZGODNOŚCI Z DECYZJĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM, KONTROLI KRZYŻOWEJ ORAZ WERYFIKACJI SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI			
	Weryfikujący	Sprawdzając	Zatwierdzając
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"/>

\* Rozstrzygnięcie 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 rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego: .....  
.....  
.....

Uwagi:

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

## CZEŚĆ D1: WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA WIZYTACJI W MIEJSCU

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu. Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem.

[illegible]

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

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

.....

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

.....

.....

.....

CZĘŚĆ D2: WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU/WIZYTACJI W MIEJSCU

I. Przyczyna kontroli:

- 1. Wizytacja w miejscu na zlecenie komórki merytorycznej UM
- 2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania jednostki KM

Weryfikujący		Sprawdzający	
TAK	NIE	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"/>

Data przeprowadzenia wizytacji w miejscu/kontroli na miejscu

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

- 3. Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej kontroli na miejscu/wizytacji w miejscu wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień.

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"/>

\* Rozstrzygnięcie w przypadku braku zgodności stanowisk

**Zweryfikował:**  
*Imię i nazwisko Weryfikującego*  
*Data i podpis*  
**Sprawdził:**  
*Imię i nazwisko Sprawdzającego*  
*Data i podpis*  
**Zatwierdził:**  
*Imię i nazwisko Zatwierdzającego*  
*Data i podpis*

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

Uzasadnienie rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego:

.....

II. Zakres wymaganych wyjaśnień:

Data doręczenia Beneficjentowi wezwania:	...../...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data dostarczenia/nadania wyjaśnień:	...../...../20.....

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....

Weryfikujący		Sprawdzający	
TAK	NIE	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



III. WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU/WIZYTACJI W 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...  
Uzasadnienie rozstrzygnięcia podjętego przez zatwierdzającego: .....  
.....  
.....  
.....

**Uwagi:**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

**CZĘŚĆ E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH I KWOTY WNIOSKOWANEJ DO REFUNDACJI**

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

**RAZEM:**

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

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

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

**CZĘŚĆ E2: ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI**

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający	
			TAK	NIE	TAK	NIE
<b>I. Koszty kwalifikowalne</b>						
1. Kwota kosztów kwalifikowalnych wg Decyzji		zł				
2. Kwota kosztów kwalifikowalnych wg Wniosku o płatność:						
a) koszty opracowania projektu scalenia		zł				
b) koszty zagospodarowania poscaleniowego		zł				
<b>RAZEM</b>		zł				
3. Kwota zakwestionowanych kosztów z faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej:						
a) koszty opracowania projektu scalenia		zł				
b) koszty zagospodarowania poscaleniowego		zł				
<b>RAZEM</b>		zł				

4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie:

a) koszty opracowania projektu scalenia

b) koszty zagospodarowania poscaleniowego

RAZEM

## II. Kwota pomocy

5. Kwota pomocy wg Decyzji

6. Kwota pomocy wg Wniosku o płatność

7. Kwota pomocy wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów  
(po weryfikacji i przy uwzględnieniu pozostającego do wykorzystania limitu):

a) koszty opracowania projektu scalenia

b) koszty zagospodarowania poscaleniowego

RAZEM

8. Różnica pomiędzy kwotą pomocy wg Wniosku o płatność a kwotą pomocy wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów

9. Kwota do refundacji (po weryfikacji)

Słownie:

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

**Sprawdził:**

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

**Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

**Uwagi:**

CZĘŚĆ F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY/UMORZENIE POSTĘPOWANIA

Etap, na którym nastąpiła odmowa wypłaty pomocy lub umorzenia postępowania	<div></div> <div></div> <div></div>
Przyczyny odmowy wypłaty pomocy lub umorzenia postępowania	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

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

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

Uwagi: