

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY

K/017

PROW 2007-2013

Oś 4 LEADER

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

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
Znak sprawy:	
Imię i nazwisko/ Nazwa Wnioskodawcy:	
Data przyjęcia wniosku:/...../20.....
Tytuł operacji:	

CZEŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA**A0: WERYFIKACJA WYBORU PRZEZ LOKALNĄ GRUPĘ DZIAŁANIA OPERACJI DO FINANSOWANIA****I. Weryfikacja wyboru przez LGD operacji do finansowania została dokonana w Karcie weryfikacji dokumentów dotyczących wyboru operacji do finansowania przez lokalną grupę działania**

Data przekazania do SW przez LGD dokumentacji dotyczącej
całego naboru

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

Data przeprowadzenia weryfikacji

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

Data naboru

...../...../20..... -/...../20.....

II. Weryfikacja wyboru

	Weryfikujący			Adnotacje
	TAK	NIE	DO UZUP	
1. Nazwa LGD				
.....				
2. LGD jest wybrana do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Przekazany przez LGD wniosek o przyznanie pomocy został złożony w terminie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. W przekazanym przez LGD wniosku o przyznanie pomocy pomimo niewskazania adresu możliwe jest jego ustalenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Wniosek o przyznanie pomocy został wypełniony przez LGD we wszystkich wymaganych pozycjach formularza	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6. Załączono dokumenty dotyczące wyboru przez LGD operacji do finansowania:				
6a. Lista operacji wybranych/niewybranych przez LGD do finansowania – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6b. Wniosek o przyznanie pomocy dotyczący operacji wybranej/niewybranej przez LGD do finansowania - oryginał	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6c. Uchwała właściwego organu LGD podjęta w sprawie wybrania/niewybrania przez LGD operacji do finansowania – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

¹kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub notariusza lub pracownika urzędu marszałkowskiego/ wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy lub pracownika LGD.

III. Wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany do finansowania albo nie został złożony w terminie albo nie wskazano adresu i nie jest możliwe jego ustalenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokumentacja przekazana przez LGD wymaga uzupełnień / wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania	<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 I uzupełnień/wyjaśnień składanych przez LGD

Data doręczenia LGD 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 A0.IV

V. Wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania po I uzupełnieniach / wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokumentacja przekazana przez LGD wymaga II uzupełnień / wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

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

Sprawdził:

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

Zatwierdził:*

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....
.....

VI. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień składanych przez LGD

Data doręczenia LGD 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 A0.VI

VII. Wynik weryfikacji wyboru przez Lokalną Grupę Działania operacji do finansowania po II uzupełnieniach / wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek o przyznanie pomocy nie został wybrany do finansowania albo na podstawie dokumentacji przekazanej przez LGD nie można stwierdzić, że wniosek o przyznanie pomocy został wybrany do finansowania	<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:

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ A01: SPRAWDZENIE DOSTĘPNOŚCI ŚRODKÓW NA OPERACJĘ DLA OSTATNIEGO NABORU W RAMACH LSR

I. Sprawdzenie dostępności środków

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK
Kwota dostępnych środków w ramach naboru
1. Wnioskowana kwota pomocy mieści się w kwocie środków dostępnych dla naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy nie mieści się w kwocie środków dostępnych dla naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data sprawdzenia dostępności środków/...../20...../...../20.....

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

Ad.2. I. Decyzja Wnioskodawcy w sprawie oczekiwania na zwolnienie środków

Nie wyrażenie zgody, a tym samym rezygnacja z realizacji operacji, powinna zostać przesłana w terminie do dnia.....

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* TAK
1. Wnioskodawca nie odpowiedział na pismo P-14/017 lub zgodził się na oczekiwanie na zwolnienie środków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskodawca nie zgodził się na oczekiwanie na zwolnienie środków, zrezygnował z ubiegania się o przyznanie 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 Weryfikującego i Sprawdzającego
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....
.....
.....

II. Ponowne sprawdzenie dostępności środków

	Weryfikujący	Sprawdzający
	TAK	TAK
1. Wnioskowana kwota pomocy mieści się w kwocie środków dostępnych dla naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy nie mieści się w kwocie środków dostępnych dla naboru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Data sprawdzenia dostępności środków/...../20...../...../20.....

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

III. Wynik sprawdzenia dostępności środków na operację w ramach ostatniego naboru

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy jest przewidziany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek o przyznanie pomocy nie podlega finansowaniu	<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.....
Uwagi:

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

A1: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	NIE	
1. Wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<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 Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWA ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP	
Wniosek został złożony w postaci dokumentu elektronicznego zapisanego na informatycznym nośniku danych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Adnotacje
	TAK	DO UZUP	ND	
A. Załączniki dotyczące Wnioskodawcy				
A.1 Osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1. Dokument tożsamości – części dotyczące danych osobowych – kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Zaświadczenie z właściwej Ewidencji Ludności o zameldowaniu na pobyt czasowy w miejscu zamieszkania, w przypadku, gdy jest ono różne od miejsca zameldowania na pobyt stały – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.2 Wspólnicy spółki cywilnej - dodatkowo:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. Umowa spółki cywilnej – kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Uchwała wspólników spółki cywilnej, upoważniająca wspólnika tej spółki do ubiegania się o pomoc w imieniu wspólników spółki cywilnej, w przypadku, gdy taka uchwała została podjęta – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.3 Osoba prawna (inna niż w polach A.4 i A.5) albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, którym ustawy przyznają zdolność prawną, jeżeli posiadają siedzibę na obszarze objętym LSR lub prowadzą działalność na tym obszarze	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. Aktualne dane Wnioskodawcy są dostępne w postaci elektronicznej na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości w wyszukiwarce podmiotów w Krajowym Rejestrze Sądowym albo Aktualny albo pełny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Umowa lub statut – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Dokument(-y) określający(-e) lub potwierdzający(-e) zdolność prawną Wnioskodawcy (jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej) oraz posiadanie przez Wnioskodawcę siedziby lub prowadzenie działalności na obszarze objętym LSR – kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A.4 Osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, działająca na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, która posiadają siedzibę na obszarze objętym LSR lub prowadzą działalność na tym obszarze

☐
☐

8. Zaświadczenie o posiadaniu osobowości prawnej przez kościelną jednostkę organizacyjną i o pełnieniu funkcji organu osoby prawnej wystawione przez Wojewodę lub MAiC nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – oryginał lub kopia¹

☐
☐

A.5 Jednostka samorządu terytorialnego z wyłączeniem województwa

☐
☐

9. Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania jednostki samorządu terytorialnego – kopia¹

☐
☐

10. Uchwała o powołaniu skarbnika – kopia¹

☐
☐

B. Załączniki wspólne dla Wnioskodawców

11. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym (...) – kopia¹

☐
☐

12. Informacja o posiadaczu numeru identyfikacyjnego producenta / producencie któremu przyznano płatności w ramach systemów wsparcia bezpośredniego – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

☐
☐
☐

13. Dokumenty potwierdzające, że operacja podlegająca wsparciu nie odpowiada warunkom przyznania pomocy w ramach działań Osi 3 – oryginał lub kopia¹

☐
☐

13.1 Zaświadczenie wydane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed złożeniem wniosku przez:

☐
☐
☐

– Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) o niefigurowaniu w ewidencji osób ubezpieczonych – oryginał

albo

– Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) wskazujące zakres i okres podlegania ubezpieczeniu – w przypadku, gdy Wnioskodawca figuruje w ewidencji osób ubezpieczonych – oryginał

albo

– Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) potwierdzające fakt podlegania ubezpieczeniu społecznemu – oryginał,

– w przypadku, gdy o przyznanie pomocy ubiega się osoba fizyczna albo osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

13.2 Nakaz płatniczy wystawiony na rolnika za ostatni kwartał (przez KRUS) lub decyzja o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników, w przypadku, gdy Wnioskodawcą jest osoba fizyczna albo osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ubezpieczona w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) jako domownik lub małżonek rolnika – oryginał lub kopia¹

☐
☐
☐

13.3 Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu / nie posiadaniu statusu mikroprzedsiębiorcy, w przypadku Wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM

☐
☐
☐

13.4 Inne dokumenty potwierdzające, że operacja podlegająca wsparciu nie odpowiada warunkom przyznania pomocy w ramach działań Osi 3

☐
☐
☐

14. Zaświadczenie o pomocy de minimis uzyskanej w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz dwa poprzedzające go lata podatkowe – oryginał lub kopia¹ albo Oświadczenie Wnioskodawcy o nie uzyskaniu pomocy de minimis – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM ☐ ☐ ☐
15. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – oryginał ☐ ☐ ☐
16. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone – oryginał lub kopia¹ ☐ ☐ ☐
- 17a Oświadczenie Wnioskodawcy o kwalifikowalności VAT dla Wnioskodawcy będącego osobą prawną lub jednostką nieposiadającą osobowości prawnej, jeżeli Wnioskodawca będzie się ubiegał o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM albo ☐ ☐ ☐
- 17b Oświadczenie Wnioskodawcy o kwalifikowalności VAT dla Wnioskodawcy będącego osobą fizyczną, jeżeli Wnioskodawca będzie się ubiegał o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM ☐ ☐ ☐
18. Numer elektronicznej księgi wieczystej dostępnej w przeglądarce ksiąg wieczystych na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości albo Dokument potwierdzający tytuł prawny do nieruchomości, na której realizowana będzie operacja – kopia¹ ☐ ☐ ☐
19. Oświadczenie właściciela(i) lub współwłaściciela(i) lub posiadacza samoistnego nieruchomości, że wyraża(ją) on(i) zgodę na realizację operacji bezpośrednio związanej z nieruchomością, jeżeli operacja jest realizowana na terenie nieruchomości będącej w posiadaniu zależnym lub będącej przedmiotem współwłasności – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM ☐ ☐ ☐
20. Dokument potwierdzający wpis zabytku do rejestru zabytków lub ewidencji zabytków wydany przez organ prowadzący rejestr lub daną ewidencję zabytków, zgodnie z ustawą z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (Dz. U. z 2003 r., Nr 162, poz. 1568, z późn. zm.) – oryginał ☐ ☐ ☐
21. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji innych obiektów, o której mowa w art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych (Dz.U. 2004 Nr 223 poz. 2268 z późn. zm.), w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności Wnioskodawca świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – oryginał lub kopia¹ ☐ ☐ ☐
22. Przyrzeczenie zaszeregowania obiektu do odpowiedniego rodzaju i kategorii (promesa) wydane na podstawie art. 39a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych lub decyzja określająca kategorię obiektu hotelarskiego, nadana na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych, w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej Wnioskodawca świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy – oryginał lub kopia¹ ☐ ☐ ☐

23. Dokument potwierdzający numer rachunku bankowego Wnioskodawcy lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo – kredytową w przypadku, gdy Wnioskodawca ubiega się o zaliczkę albo wyprzedzające finansowanie kosztów kwalifikowalnych – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
---	--	--

24. Wycena rzeczoznawcy określająca wartość rynkową wkładu niepieniężnego w postaci udostępnienia nieruchomości – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
---	--	--

C. Załączniki dotyczące robót budowlanych	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
--	---	--

25. Kosztorys inwestorski [sporządzony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 18 maja 2004r. w sprawie określenia metod i podstaw sporządzania kosztorysu inwestorskiego, obliczania planowanych kosztów prac projektowych oraz planowanych kosztów robót budowlanych określonych w programie funkcjonalno-użytkowym (Dz.U. Nr 130 poz. 1389)] – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
--	--	--

26. Szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
--	--	--

D. Inne załączniki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
---------------------------	---	--

27.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
29.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

¹kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub notariusza lub pracownika urzędu marszałkowskiego / wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy lub pracownika LGD

II. Weryfikacja wniosku

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP	
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w tym:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez Wnioskodawcę / osobę reprezentującą Wnioskodawcę / pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 Dane Wnioskodawcy wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4 Dane finansowe we wniosku i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

	Weryfikujący				Adnotacje
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	
1. Miejsce zamieszkania osoby fizycznej albo siedziba osoby prawnej, jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, spółki cywilnej znajdują się na obszarze objętym LSR; lub Wnioskodawca wykonuje albo prowadzi działalność na obszarze objętym LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Wnioskodawcą jest pełnoletnia osoba fizyczna, która jest obywatelem państwa członkowskiego UE, która ubiega się o przyznanie pomocy na operację w zakresie 15.2.1 (Promocja i organizacja lokalnej twórczości kulturalnej lub aktywnego trybu życia, z wyłączeniem remontu i budowy budynków mieszkalnych) lub 15.5.2 (Kultywowanie: miejscowych tradycji, obrzędów i zwyczajów; języka regionalnego i gwary; tradycyjnych zawodów i rzemiosła). albo Wnioskodawcą jest pełnoletnia osoba fizyczna, która jest obywatelem państwa członkowskiego UE wykonująca działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wnioskodawcą jest: osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawy przyznają zdolność prawną, z wyłączeniem województwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Operacja jest zgodna z celami wymienionym w PROW na lata 2007-2013 a jej realizacja pozwoli na osiągnięcie zamierzonych celów (w tym planowanych efektów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Operacja nie kwalifikuje się do wsparcia w ramach Osi 3 ale jest zgodna z jej celami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Operacja polegająca na realizacji szkoleń i innych przedsięwzięć o charakterze edukacyjnym i warsztatowym dotyczy przedsięwzięć innych niż realizowane w ramach działania 111 Szkolenia zawodowe dla osób zatrudnionych w rolnictwie i leśnictwie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Operacja polegająca na prowadzeniu badań nad obszarem wdrażania LSR dotyczy innych przedsięwzięć niż realizowane w ramach działania 431 Funkcjonowanie lokalnej grupy działania, nabywanie umiejętności i aktywizacja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Operacja polegająca na uzyskaniu certyfikatów i uczestnictwie w systemach jakości dotyczy innych przedsięwzięć niż realizowane w ramach działania 132 Uczestnictwo rolników w systemach jakości żywności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Operacja inwestycyjna realizowana jest na obszarze objętym LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Wnioskodawca realizujący operację inwestycyjną posiada prawo do dysponowania nieruchomością, na której będzie realizowana operacja, w celu określonym we wniosku przez okres 5 lat od dnia przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Operacja realizowana jest w nie więcej niż dwóch etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13. Koszty kwalifikowalne we wniosku są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowanych w ramach działania Wdrażanie LSR objętego PROW 2007-2013 dla małych projektów oraz zasadami dotyczącymi kwalifikowalności

--	--	--

14. Całkowity koszt operacji wynosi co najmniej 4,5 tys. zł oraz nie przekracza 100 tys. zł

--	--	--

15. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność ostateczną, będącą refundacją kosztów kwalifikowalnych przyznawaną po zrealizowaniu całej operacji nastąpi w terminie 2 lat od dnia zawarcia umowy ale nie później niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

--	--	--

16. Z informacji zawartych w „Formularzu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis” wynika , iż Wnioskodawcy może zostać udzielona pomoc de minimis

--	--	--	--

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B3: WERYFIKACJA LIMITU I POZIOMU POMOCY**I. Weryfikacja limitu i poziomu pomocy**

	Weryfikujący			Adnotacje
	TAK	DO UZUP	ND	
1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza określonego w ramach działania limitu pomocy na Beneficjenta w okresie realizacji Programu oraz limitu dla operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Wnioskowany poziom pomocy nie przekracza 80% kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Wnioskowana kwota pomocy nie jest wyższa niż suma kosztów kwalifikowalnych pomniejszona o wkład niepieniężny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. W przypadku gdy operacja jest współfinansowana z dozwolonych środków publicznych a kwota tego finansowania przekracza wysokość wkładu własnego Wnioskodawcy należy zweryfikować, czy wnioskowana kwota pomocy została pomniejszona o kwotę, która stanowi różnicę pomiędzy kwotą współfinansowania z innych środków publicznych oraz kwotą wkładu własnego Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. W przypadku operacji realizowanych dwuetapowo płatność ostateczna będzie stanowiła nie mniej niż 25% łącznej planowanej wysokości pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Koszty ogólne nie przekraczają 10% pozostałych kosztów kwalifikowalnych operacji pomniejszonych o wartość wkładu niepieniężnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

.....

.....

B4. WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW**I. Weryfikacja kosztorysu na roboty budowlane**

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP	
1. Ceny jednostkowe wykonania robót budowlanych nie są wyższe od określonych w dostępnych zbiorach cen jednostkowych lub uzasadnienie przekroczenia wartości ceny jednostkowej jest wystarczające	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kosztorys zawiera poprawnie wyliczoną wartość kosztorysową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kosztorys inwestorski jest zgodny rzeczowo i finansowo z zestawieniem rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. Weryfikacja racjonalności kosztów

1. Planowany zakres rzeczowy operacji jest uzasadniony zakładanymi do osiągnięcia efektami (celami i rezultatami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Koszty kwalifikowalne poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji odpowiadają cenom rynkowym i są właściwie uzasadnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

.....

.....

.....

B5: WERYFIKACJA KRZYŻOWA**I. Weryfikacja krzyżowa w ramach PROW 2007-2013, SPO ROL 2004-2006 oraz KSOW****A. działania 313,322,323; 413_313,322,323, 413_MP w ramach PROW 2007-2013 obsługiwane przez UM**

	Weryfikujący				Adnotacje
	TAK	NIE	DO		
			UZUP	ND	
1. Wnioskodawca występuje jako Wnioskodawca lub Beneficjent w ramach ww. działań w OFSA-PROW-DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Na podstawie danych zamieszczonych w OFSA-PROW-DD, występuje podejrzenie pokrywania się zakresu rzeczowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

3. Na podstawie danych z innych wniosków złożonych przez Wnioskodawcę w UM, występuje podejrzenie pokrywania się zakresu rzeczowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

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

B. działania 311, 312, 413_311, 413_312 w ramach PROW 2007-2013 obsługiwane przez Oddział Regionalny ARiMR

	NIE	DO	
		UZUP	
1. Wnioskodawca występuje jako Wnioskodawca lub Beneficjent w ramach ww. działań w OFSA-PROW-DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

C. działanie 2.3 SPO ROL 2004-2006 obsługiwane przez UM

	TAK	DO	
		UZUP	
1. Operacja, o której wsparcie ubiegają się Wnioskodawca nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach operacji finansowanych w ramach działania 2.3 SPO ROL 2004-2006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

.....

.....

.....

D. Operacje finansowane w ramach KSOW / działanie 2.4 SPO ROL 2004-2006 oraz działania 311, 312, 413_311, 413_312 PROW 2007-2013* obsługiwane przez Oddział Regionalny ARiMR

* w przypadku, gdy w części B5, B, pkt I karty zaznaczono DO UZUP lub kontrola krzyżowa przeprowadzana jest bez wsparcia aplikacji OFSA-PROW-DD

Data doręczenia pisma do Sekretariatu Centralnego KSOW / Oddziału Regionalnego ARiMR:/...../20.....
Data wpływu kopii żądanych dokumentów:/...../20.....

Weryfikujący

Adnotacje

TAK

**DO
UZUP**

1. Operacja, o której wsparcie ubiegają się Wnioskodawca nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach operacji finansowanych przez KSOW / działania 2.4 SPO ROL 2004-2006 oraz działań 311, 312, 413_311, 413_312 PROW 2007-2013 obsługiwanych przez OR ARiMR

☐☐

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

II. Wynik weryfikacji krzyżowej

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	DO		DO		DO	
	TAK	UZUP	TAK	UZUP	TAK	UZUP
1. Operacja, o której wsparcie ubiega się Wnioskodawca nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach działań PROW 2007-2013, SPO ROL 2004-2006 oraz KSOW	<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:

B6: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

	Weryfikujący			<i>Adnotacje</i>
	TAK	DO UZUP	ND	
1. Wnioskowana kwota zaliczki nie przekracza limitu określonego w przepisach prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2. Wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji nie przekracza limitu określonego w przepisach prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

B7: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWEJ ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

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"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania 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 Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....
.....

II. Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu wykonania czynności/przywrócenie terminu do wykonania czynności/...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu/...../20.....
Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień przez Wnioskodawcę:/...../20.....

Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu I uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji B7.II

III. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* 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"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<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:

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie II uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu wykonania czynności/przywrócenie terminu do wykonania czynności/...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu/...../20.....
Data nadania/złożenia II uzupełnień/wyjaśnień przez Wnioskodawcę:/...../20.....

Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja II uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji B7.IV

V. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

.....

.....

.....

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień:/...../20.....
Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu wykonania czynności/przywrócenie terminu do wykonania czynności/...../20.....
Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu/...../20.....
Data nadania/złożenia dodatkowych wyjaśnień przez Wnioskodawcę:/...../20.....

VI.a Wynik dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący)

.....

.....

.....

.....

VI. b Wynik dodatkowych wyjaśnień (Sprawdzający)

.....

.....

.....

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził:*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

B8. AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI
--

	Weryfikujący				<i>Adnotacje</i>
	TAK	NIE			
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji					
2. Kwota o jaką Wnioskodawca zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie UM			zł		
2a. Kwota o jaką UM zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji			zł		
3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych			zł		
4. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania			zł		
5. Wnioskodawcy przysługuje zaliczka					
5a. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji dotyczyła inwestycyjnych kosztów kwalifikowalnych					
5b. Kwota o jaką zaktualizowano inwestycyjne koszty kwalifikowalne			zł		
5c. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych w części dotyczącej inwestycji			zł		
5d. Wnioskowana kwota pomocy przypadająca na koszty kwalifikowalne realizacji operacji w części dotyczącej inwestycji			zł		
5e. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty zaliczki					
5f. Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki			zł		
6. Wnioskodawcy przysługuje wyprzedzające finansowanie kosztów kwalifikowalnych operacji					
6a. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji					
6b. Ostateczna wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji			zł		

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B9. WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWEJ ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

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

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

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

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

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

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

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

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	NIE	
1. Wnioskodawca spełnia wymogi rzetelności w odniesieniu do wszelkich wcześniejszych współfinansowanych operacji, podjętych od 2000 r. w ramach PO SAPARD, SPO "Restrukturyzacja i modernizacja sektora żywnościowego oraz rozwój obszarów wiejskich 2004-2006", PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu albo odstąpienia od przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu. Elementy podlegające sprawdzeniu:

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził:*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

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

Data przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu:

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

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

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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:

II. Zakres wymaganych wyjaśnień:

	Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień		
	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	NIE	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień:/...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia przez Wnioskodawcę prośby o wydłużenie terminu złożenia wyjaśnień/przywrócenie terminu do złożenia wyjaśnień/...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie: - w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu/...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez Wnioskodawcę:/...../20.....

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

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

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

Zatwierdził:*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

CZĘŚĆ D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI PO WIZYTACJI W MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

	Weryfikujący				Adnotacje
	TAK	NIE			
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Kwota o jaką zaktualizowano koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
4. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
5. Wnioskodawcy przysługuje zaliczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5a. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego operacji dotyczyła inwestycyjnych kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5b. Kwota o jaką zaktualizowano inwestycyjne koszty kwalifikowalne	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
5c. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
5d. Wnioskowana kwota pomocy przypadająca na koszty kwalifikowalne realizacji operacji w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
5e. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty zaliczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5f. Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł
6. Wnioskodawcy przysługuje wyprzedzające finansowanie kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6a. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6b. Ostateczna wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="text"/>		,	<input type="text"/>	zł

II. WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o przyznanie pomocy jest przewidziany do finansowania	<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

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

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

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek został wycofany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część, w której nastąpiło/a pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku	<div></div>
Przyczyny pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy	<div></div>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

Data doręczenia Wnioskodawcy pisma informującego o pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia / odmowie przyznania pomocy / wycofaniu wniosku/...../20.....
---	---------------------

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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	<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"/>

Notatki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis