

**KARTA WERYFIKACJI
WNIOSKU O PŁATNOŚĆ****PROW 2014-2020**

Działanie 19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER
Poddziałanie 19.2 Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju
lokalnego kierowanego przez społeczność, w zakresie
podejmowania działalności gospodarczej

Rodzaj płatności:

I transzy

☐

II transzy

☐

Znak sprawy:											
Imię i nazwisko/nazwa Beneficjenta:											
Numer umowy o przyznaniu pomocy:											
Data przyjęcia wniosku:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Osoby dokonujące oceny wniosku o płatność

1. Weryfikujący

(imię i nazwisko Weryfikującego)

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

A. Dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający:

☐ TAK ☐ NIE

Ze wskazania

TAK

☐

B. Sprawdzający został wyznaczony:

1. Sprawdzający

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Sprawdzającego

☐

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

3. Zmiana Sprawdzającego

☐

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Wstawić "X" we właściwym miejscu			
	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w umowie o przyznaniu pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 4 ustawy o finansach publicznych ¹ , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu, wydanego po zawarciu umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 oraz ust. 6 rozporządzenia nr 640/2014 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

I. Wynik weryfikacji wstępnej:

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1 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

data i podpis

Sprawdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**:

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U z 2016 r. poz. 1870, 1948, 1984, i 2260 oraz z 2017 r. poz. 60)² Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 640/2014 z dnia 11 marca 2014 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli oraz warunków odmowy lub wycofania płatności oraz do kar administracyjnych mających zastosowanie do płatności bezpośrednich, wsparcia rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz.Urz. UE L 181 z 20.06.2014 r., str.48, z póź. zm.)

B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ ORAZ ZASADAMI DOTYCZACYMI WYPŁATY POMOCY

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

A. Załączniki do wniosku o płatność pierwszej transzy	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia emerytalnego, ubezpieczeń rentowych i ubezpieczenia wypadkowego na podstawie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych z tytułu wykonywania działalności gospodarczej, do której stosuje się przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej tj.: zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA, deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ostateczna decyzja środowiskowa, jeżeli jej wydanie jest wymagane odrębnymi przepisami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych właściwemu organowi, wraz z: - oświadczeniem, że w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu albo - potwierdzenie właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Umowa cesji wierzytelności – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pełnomocnictwo – (w przypadku, gdy zostało udzielone innej osobie niż podczas składania wniosku o przyznanie pomocy lub gdy zmienił się zakres poprzednio udzielonego pełnomocnictwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pozwolenia, zezwolenia i inne decyzje, których uzyskanie jest wymagane przez odrębne przepisy do realizacji inwestycji objętych operacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Załączniki do wniosku o płatność drugiej transzy	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Dokumenty potwierdzające utworzenie miejsc pracy	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1a. Umowy o pracę wraz z zakresami czynności (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji)(nie dotyczy samozatrudnienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1b. Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1c. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA (wraz z ZUS RCA (RCX), ZUS RSA, ZUS RZA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dokumenty potwierdzające rzeczową realizację biznesplanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Oświadczenie Beneficjenta o wyodrębnieniu osobnych kont albo korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego w rozumieniu art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ostateczne pozwolenie na użytkowanie obiektu budowlanego, jeśli taki obowiązek wynika z przepisów prawa budowlanego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawiadomienie właściwego organu o zakończeniu budowy złożone co najmniej 14 dni przed zamierzonym terminem przystąpienia do użytkowania, jeżeli obowiązek taki wynika z przepisów prawa budowlanego lub właściwy organ nałożył taki obowiązek - oryginał lub kopia wraz z: 5. - oświadczeniem Beneficjenta, że w ciągu 14 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót właściwy organ nie wniósł sprzeciwu – oryginał albo - zaświadczeniem wydanym przez właściwy organ, że nie wnosi sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót budowlanych będzie przedkładane przed upływem 14 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania lub Oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu ww. czynności z udziałem środków własnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kosztorys różnicowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inne dokumenty potwierdzające osiągnięcie celów i pozostałych wskaźników realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sprawozdanie z realizacji biznesplanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy (jeżeli numer rachunku uległ zmianie po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy pomocy)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11. Umowa cesji wierzytelności	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12. Pełnomocnictwo – (jeżeli zostało udzielone lub nastąpiła zmiana po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Zaświadczenie z właściwej Ewidencji Ludności o miejscu pobytu stałego lub czasowego na obszarze wiejskim objętym LSR od dnia złożenia wniosku o przyznanie pomocy do dnia złożenia wniosku o płatność drugiej transzy - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o płatność	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
14. Inne pozwolenia, zezwolenia, decyzje i inne dokumenty, których uzyskanie było wymagane przez odrębne przepisy w związku ze zrealizowaną operacją	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
14a.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
14b.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Inne załączniki:

14.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
15.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
16.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
17.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu aktualnym na dzień składania wniosku, udostępnionym na stronie internetowej UM	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Dane identyfikacyjne Beneficjenta podane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Wniosek został podpisany przez osoby upoważnione	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 487, z późn. zm.).

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I ZASADAMI WYPŁATY POMOCY

I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie odmową wypłaty pomocy

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
A. Weryfikacja elementów wymaganych dla pierwszej transzy	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
1. Beneficjent podjął we własnym imieniu działalność gospodarczą, do której stosuje się przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i dokonał zgłoszenia działalności gospodarczej do rejestru CEIDG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Beneficjent dokonał zgłoszenia działalności gospodarczej do rejestru działalności regulowanej	<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. Beneficjent zgłosił się do ubezpieczenia emerytalnego, ubezpieczeń rentowych i ubezpieczenia wypadkowego na podstawie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych z tytułu wykonywanej działalności gospodarczej	<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. Beneficjent uzyskał pozwolenia, zezwolenia i inne decyzje, których uzyskanie jest wymagane przez odrębne przepisy do realizacji inwestycji objętych operacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Weryfikacja elementów wymaganych dla drugiej transzy	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
1. Beneficjent zrealizował operację zgodnie z biznesplanem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Beneficjent utworzył, zadeklarowane w umowie miejsca pracy (w przeliczeniu na pełne etaty średnioroczne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. W ramach nowych miejsc pracy, Beneficjent utworzył miejsca pracy obejmujące osoby z grupy defaworyzowanej w liczbie zgodniej z umową o przyznaniu pomocy	<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. Dokumenty przedstawione przez Beneficjenta potwierdzają zrealizowanie operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Cel operacji i wskaźniki jego realizacji zostały osiągnięte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Spełnione zostały warunki określone w § 3 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. W odniesieniu do Beneficjenta nie ogłoszono upadłości/nie toczy się postępowanie restrukturyzacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Weryfikacja sprawozdania z realizacji biznesplanu (w przypadku płatności końcowej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a. Wszystkie wymagane pola w Sprawozdaniu (...) zostały wypełnione zgodnie z instrukcją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Sprawozdanie (...) zostało podpisane przez Beneficjenta/osobę reprezentującą Beneficjenta /Pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. Dane Beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d. Przebieg realizacji biznesplanu i wykonanie zakresu rzeczowego są zgodne z postanowieniami umowy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzasadnienie:				

II. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą wnioskowanej do wypłaty kwoty pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Beneficjent wyodrębnił osobne konta albo korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013 ³ , dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji, w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota pomocy nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

C: WYNIK

C1: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ ORAZ ZASADAMI DOTYCZĄCYMI WYPŁATY POMOCY

I. Wynik weryfikacji wniosku

	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 wezwania do usunięcia braków/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"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

II. Wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

☐

Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 do karty

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	<input type="text"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia	<input type="text"/>
	dd/mm/rrr

Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 do karty

IIa. Wynik weryfikacji po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień

	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 ponownego wezwania do usunięcia braków/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"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Ib. Ponowne wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień☐**Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 do karty**

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie ponownego usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień:	
	dd/mm/rrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	<input type="checkbox"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:	<input type="checkbox"/>
	dd/mm/rrr

Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 do karty**Ic. Wynik weryfikacji po ponownym wezwaniu do usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający **
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek rozpatuje się w zakresie, w jakim został wypełniony, oraz na podstawie dołączonych do tego wniosku poprawnie sporządzonych dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko_____
data i podpisSprawdził*: _____
imię i nazwisko_____
data i podpisZatwierdził**: _____
imię i nazwisko_____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

I. Weryfikacja krzyżowa

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND
Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w ramach PROW na lata 2014-2020 w zakresie 1. poddziałań obsługiwanych przez OR ARiMR, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania 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"/>
Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy:								
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								
Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, 2. w zakresie poddziałania 4.2, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania 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"/>
Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy:								
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								
Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, 3. w zakresie poddziałania 19.2, stwierdzono możliwość wystąpienia 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:								
Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie działań objętych PROW 2007-2013 obsługiwanych przez OR ARiMR, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania 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"/>
Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy:								
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								

5. Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie programów operacyjnych realizowanych w ramach PS na lata 2014-2020, stwierdzono możliwość wystąpienia 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:		
6. Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie PO Rybactwo i Morze, stwierdzono możliwość wystąpienia 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:		

II. Wynik

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny - operacja nie została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do wydania rozstrzygnięcia niezbędne jest wezwanie Beneficjenta do złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy - operacja została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

IIa. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

III. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ

--

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie złożenia wyjaśnień:		
	dd/mm/rrrr	
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia:		
	dd/mm/rrrr	
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:		
dd/mm/rrrr		

IIIa. Wynik 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"/>
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"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

C3: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI WYPŁATY POMOCY ORAZ KONTROLI KRZYŻOWEJ

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i nie wymaga korekty kwoty wnioskowanej do wypłaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty wnioskowanej do wypłaty	<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 _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

D: WIZYTA¹

ND

KONTROLA NA MIEJSCU²

KONTROLA NA ZLECENIE³

¹ Wizyta - art. 48 ust. 5 rozporządzenia nr 809/2014

² Kontrola na miejscu - art. 49 rozporządzenia 809/2014

³ Kontrola na zlecenie - art. 46 ust 1 pkt 1 ustawy o WROW

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Na podstawie dotychczas przeprowadzonej 1. oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizyty	ND		ND		ND	
2a. Operacja była ujęta w puli spraw typowanych do kontroli						
2b. Operacja została wytypowana do kontroli na miejscu						
Na podstawie dotychczas przeprowadzonej 3. oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie kontroli na zlecenie						

Elementy podlegające sprawdzeniu:

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

I. Wynik kontroli

WIZYTA

DATA PRZEPROWADZENIA :		ND
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU		

KONTROLA NA MIEJSCU

DATA TYPOWANIA :		<input type="checkbox"/>
sposób typowania:		
DATA PRZEPROWADZENIA:		<input type="checkbox"/>
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU:		

KONTROLA NA ZLECENIE

DATA PRZEPROWADZENIA:		<input type="checkbox"/>
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU:		

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający **
	TAK	TAK	TAK
<div></div> <p>Z raportu czynności kontrolnych nie wynika konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień - wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Z raportu czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty wnioskowanej do wypłaty</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**: _____

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie złożeniu wyjaśnień:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia :	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	<input type="text"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr

III. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

<div><div></div></div>	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. Wynik kontroli po wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający **
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek o kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty wnioskowanej do wypłaty	<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 _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

E: KOREKTA WNIOSKOWANEJ ORAZ ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO WYPŁATY**E1: WYLICZENIE KWOTY DO WYPŁATY**

	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
Kwota pomocy					
1. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy wg wniosku o płatność	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Kwota pomniejszenia w wyniku zastosowania kar wynikających z umowy	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Wstępnie zatwierdzona kwota do wypłaty (poz. 2. - poz. 3.)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Kwota pomniejszenia wynikająca z przekroczenia pozostałego do wykorzystania limitu de minimis (dotyczy wniosku I transzy)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Zatwierdzona kwota do wypłaty (poz. 4. - poz. 5.)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Słownie złotych:					
środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
środki krajowe (36,37%)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:	
	dd/mm/rrrr

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY/WYCOFANIE WNIOSKU

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek został wycofany/Beneficjent zrezygnował z płatności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przyczyny odmowy wypłaty pomocy

Część, w której nastąpiła odmowa wypłaty pomocy / wycofanie wniosku w całości

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o odmowie wypłaty pomocy/wycofaniu wniosku w całości	
	dd/mm/rrrr

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

Załącznik nr 1. USUNIĘCIE/PONOWNE USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

Zakres braków/złożenie wyjaśnień

	Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień					
	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	NIE	DO WEZW ¹	TAK	NIE	DO WEZW ¹
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notatki:

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

¹ wyłącznie w przypadku pierwszego wezwania do usunięcia usunięcia braków