

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-1/196

PROW 2007-2013

**Oś: 3 Jakość życia na obszarach wiejskich i różnicowanie gospodarki
wiejskiej**

Działanie: 321 Podstawowe usługi dla gospodarki i ludności wiejskiej

Rodzaj płatności:

Pośrednia ☐

Ostateczna ☐

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

CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek złożono zgodnie z terminem określonym w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Wynik weryfikacji wstępnej:

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

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 decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

Uwagi:

.....

**CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ,
ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ
SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI**

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	N/D	TAK	DO UZUP.	N/D
1. Faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej (w tym umowy o dzieło, zlecenia i inne umowy cywilnoprawne) - kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dowody zapłaty - kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Umowy z wykonawcami zawierające specyfikację będącą podstawą wystawienia każdej z przedstawionych faktur lub innych dokumentów o równoważnej wartości dowodowej - kopia ²	<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 umowy - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Decyzja ostateczna o pozwoleniu na użytkowanie obiektu budowlanego jeżeli właściwy organ nałożył taki obowiązek w wydanym pozwoleniu na budowę lub nałożył taki obowiązek innymi decyzjami - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Oświadczenie beneficjenta, że w ciągu 21 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu - oryginał albo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Potwierdzenie właściwego organu, że nie wnosi sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót budowlanych będzie przedkładane przed upływem 21 dni - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kosztorys różnicowy - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Projekt budowlany - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dokumenty potwierdzające przyznanie dotacji/dofinansowania ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej lub wojewódzkiego funduszu ochrony środowiska i gospodarki wodnej lub jednostki samorządu terytorialnego zgodnie z przepisami o finansach publicznych - kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Opis sposobu rozliczenia środków przekazanych przez Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej lub wojewódzki fundusz ochrony środowiska i gospodarki wodnej lub jednostkę samorządu terytorialnego zgodnie z przepisami o finansach publicznych - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pełnomocnictwo - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	N/D	TAK	DO UZUP.	N/D
13. Dokument potwierdzający numer rachunku prowadzonego przez bank lub przez spółdzielczą kasę oszczędnościowo - kredytową beneficjenta lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, na który mają być przekazane środki finansowe – oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Umowa cesji wierzytelności - oryginał lub kopia ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 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"/>
II. Inne załączniki:	<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"/>	
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
III. Weryfikacja wniosku						
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. Dane identyfikacyjne Beneficjenta wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

(w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1 - kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika urzędu marszałkowskiego/wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy

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

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW

I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą kwoty kosztów kwalifikowalnych oraz kwoty pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	N/D	TAK	DO UZUP.	N/D
1. Zrealizowany zakres rzeczowy operacji/etapu podany w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji</i> jest zgodny z zakresem rzeczowym wymienionym w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji załączonym do umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Prawidłowo udokumentowano zrealizowanie zakresu rzeczowo-finansowego i dołączono wymagane odrębnymi przepisami oraz postanowieniami umowy: opinie, zaświadczenia, uzgodnienia, pozwolenia lub decyzje związane z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zakres rzeczowy kosztów kwalifikowalnych z <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i> ma pokrycie w załączonych do wniosku fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Uzasadnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i> 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"/>
5. Data sprzedaży na przedstawionych do refundacji fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej jest zgodna z okresem kwalifikowalności kosztów wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Płatności zostały zrealizowane nie wcześniej niż w okresie wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 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"/>	
8. Poziom kosztów ogólnych wymienionych w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji</i> nie przekracza poziomu 10% pozostałych kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Przepływność szerokopasmowego łącza internetowego na poziomie co najmniej 30 Mbit/s (prędkość pobierania danych przez użytkownika końcowego)	<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"/>
11. Koszty przedstawione do refundacji w ramach wniosku nie zostały poniesione z naruszeniem przepisów pzp w zakresie niedozwolonego podziału zamówienia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Wymagania dla targowiska stałego w ramach realizacji operacji dotyczącej jego budowy, przebudowy, remontu lub wyposażenia zostały spełnione zgodnie z rozporządzeniem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zainstalowana moc mikroinstalacji wytwarzanej energii elektrycznej nie przekracza 40 kW, dla pojedynczego gospodarstwa domowego lub obiektu użyteczności publicznej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zainstalowana moc mikroinstalacji wytwarzania ciepła nie przekracza 120 kW, dla pojedynczego gospodarstwa domowego lub obiektu użyteczności publicznej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

[illegible]

Uwagi:

(w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

[illegible]

B3: WERYFIKACJA POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP.	TAK	DO UZUP.
1. Przedstawione faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej zostały opłacone w całości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. We wniosku nie stwierdzono błędów rachunkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dołączone faktury lub dokumentach o różnoważnej wartości dowodowej są zgodne z <i>Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dane finansowe w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji</i> wynikają z danych zawartych w <i>Wykazie faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej odnoszą się do właściwych pozycji <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Łączne kwoty kosztów kwalifikowalnych z <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i> są zgodne z <i>Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i> i kwotą we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wnioskowana kwota pomocy jest poprawnie wyliczona i nie przekracza kwoty określonej w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

(w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B4: WERYFIKACJA SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

(w przypadku płatności ostatecznej)

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO UZUP.	TAK	DO UZUP.
1. Wymagane pola w <i>Sprawozdaniu z realizacji operacji</i> zostały wypełnione zgodnie z instrukcją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Sprawozdanie z realizacji operacji</i> zostało podpisane przez osobę reprezentującą Beneficjenta/Pelnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informacje ogólne na temat operacji i Beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Przebieg realizacji operacji i planu rzeczowego jest zgodny z zapisami umowy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

(w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

[illegible]

CZĘŚĆ C: WYNIK WERYFIKACJI

C1: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI OPERACJI

I. Wstępny wynik

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

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 decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

II. Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień:

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień:

I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie:

Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień :

Data nadania/złożenia przez beneficjenta prośby o wydłużenie terminu wykonania czynności/przywrócenia terminu do wykonania czynności

I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie, w przypadku wyrażenia zgody na wydłużenie/przywrócenie terminu

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

III. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/wyjaśnieniach:

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny lub wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga II uzupełnień /wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

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 decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień:

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

Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu II uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji C1. IV.

V. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach:

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny lub wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Zweryfikował

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

I. Weryfikacja krzyżowa z PO w ramach NSRO oraz PO "Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich 2007-2013" (PO RYBY 2007-2013)

	Weryfikujący			N/D	Sprawdzający			N/D
	TAK	NIE	DO UZUP.		TAK	NIE	DO UZUP.	
1a. Numer NIP Beneficjenta/Lokalizacja operacji ³ występuje w KSI SIMIK (informacje w zakresie PO NSRO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1b. Numer NIP Beneficjenta występuje w aplikacji PO RYBY 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1c. Beneficjent występuje na Liście jednostek samorządu terytorialnego, z którymi NFOŚiGW lub WFOŚiGW podpisał umowy na dofinansowanie operacji realizowanych w ramach programu „Prosument”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

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

2a. Na podstawie karty informacyjnej dostępnej w KSI SIMIK 2007-2013 / szczegółowych danych uzyskanych z właściwej instytucji, występuje podejrzenie niedozwolonego podwójnego finansowania operacji ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2b. Na podstawie informacji uzyskanych z aplikacji PO RYBY 2007-2013 występuje podejrzenie niedozwolonego podwójnego finansowania operacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2c. Na podstawie informacji uzyskanych z NFOŚiGW lub WFOŚiGW występuje podejrzenie niedozwolonego podwójnego finansowania operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:

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

3a. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach PO NSRO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej lub innych dokumentów stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach PO RYBY 2007-2013.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c. Na podstawie otrzymanych kopii faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej lub innych dokumentów stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach NFOŚiGW lub WFOŚiGW.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zakres wymaganych wyjaśnień Beneficjenta:

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

Data doręczenia Beneficjentowi pisma:	...../...../20.....							
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....							
Data nadania/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....							
4a. Po wyjaśnieniach Beneficjenta stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach PO NSRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4b. Po wyjaśnieniach Beneficjenta stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach PO RYBY 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4c. Po wyjaśnieniach Beneficjenta stwierdzono niedozwolone podwójne finansowanie operacji w ramach NFOŚiGW lub WFOŚiGW.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5a. Operacja została sfinansowana z udziałem środków w ramach PO NSRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5b. Operacja została sfinansowana z udziałem środków w ramach PO RYBY 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5c. Operacja została sfinansowana z udziałem środków w ramach NFOŚiGW lub WFOŚiGW.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

II. Wynik kontroli krzyżowej

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Operacja została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych niż przewidziane w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

Uwagi:

.....

III. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

.....

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

Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący):

.....

Wynik po weryfikacji dodatkowych wyjaśnień (Sprawdzający):

.....

Uwagi:

.....

- 3 dotyczy, tylko zakresu tworzenia i umożliwienia dostępu do infrastruktury szerokopasmowego Internetu lub modernizacji takiej infrastruktury;
- 4 weryfikacja na podstawie szczegółowych danych uzyskanych z właściwej instytucji wdrażającej odbywa się tylko w sytuacjach wyjątkowych związanych z niedostępnością KSI SIMIK;
- 5 rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 1 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania oraz wypłaty pomocy finansowej w ramach działania "Podstawowe usługi dla gospodarki i ludności wiejskiej" objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1419 oraz z 2015 r. poz. 466).

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

CZĘŚĆ D: KONTROLA NA MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU

D1: WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA WIZYTACJI W MIEJSCU

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu/ odstąpienia od przeprowadzenia wizytacji w miejscu.
Elementy podlegające sprawdzeniu .**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

D2: WSTĘPNY WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU**I. Przyczyna kontroli na miejscu / wizytacji w miejscu**

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wizytacja w miejscu na zlecenie komórki merytorycznej UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Data przeprowadzenia kontroli na miejscu/wizytacji w miejscu/...../20.....

3. Z raportu z czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

II. Zakres wymaganych wyjaśnień:

Data doręczenia Beneficjentowi pisma:/...../20...

Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20...

Data nadania /złożenia wyjaśnień:/...../20.....

Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

D3: WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / WIZYTACJI W MIEJSCU

	Weryfikujący	Sprawdzając	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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

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

E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH

Nr pozycji z Wykazu faktur	Nr faktury lub dokumentu o równoważnej wartości dowodowej	Pozycja w zestawieniu rzeczowo- finansowym	Kwota zakwestionowa- nych kosztów (w zł)	Uzasadnienie	Kod przyczyny korekty
1	2	3	4	5	6

RAZEM: zł

1. Kwota korekty w wyniku kontroli administracyjnej (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 6 nie zaznaczono kodów) zł
2. Kwota korekty w wyniku kontroli na miejscu (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 6 zaznaczono kody) zł
3. **Przyczyna korekty kwoty pomocy w wyniku kontroli na miejscu (kod/kody):**
4. Kwota korekty w wyniku weryfikacji poziomu kosztów ogólnych operacji zł

E2: ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający	
			TAK	NIE	TAK	NIE
I. Koszty kwalifikowalne						
1. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Kwota zakwestionowanych kosztów z faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej oraz korekty w wyniku weryfikacji poziomu kosztów ogólnych operacji	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II. Kwota pomocy						
5. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Kwota pomocy pomniejszona zgodnie z § 10 ust.11 umowy	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Różnica pomiędzy kwotą pomocy z dla danego etapu operacji wg wniosku a kwotą pomocy dla danego etapu operacji wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów	<input type="text"/> <input type="text"/>	zł %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Kwota do refundacji (po weryfikacji)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Słownie złotych:

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

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

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR

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

CZĘŚĆ F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY/ WYCOFANIE WNIOSKU	
Część karty, w której nastąpiła/o odmowa wypłaty pomocy / wycofanie wniosku	...............
Przyczyny odmowy wypłaty pomocy	..................................................

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

...../...../.....

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

...../...../.....

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

...../...../.....

Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o odmowie wypłaty pomocy / wycofaniu wniosku:/...../20.....
--	---------------------

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....