

KARTA WERYFIKACJI
WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-2/354

PROW na lata 2014-2020

Działanie: 19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach
inicjatywy LEADER

Poddziałanie: 19.1 Wsparcie przygotowawcze

Rodzaj płatności:

pierwsza transza pomocy

druga transza pomocy

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna (UM)
Znak sprawy:	
Nazwa Beneficjenta:	
Numer umowy o przyznaniu pomocy (umowy):	
Data przyjęcia wniosku w UM:/...../20.....

BLOK A

WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w umowie, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3 umowy o przyznaniu pomocy (umowy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 i 6 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) nr 640/2014 ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent nie podlega zakazowi dostępu, o którym mowa w art. 16 ustawy ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.a Data sprawdzenia w Krajowym Rejestrze Karnym/...../20.....			
4. Beneficjent zakończył realizację działania 431 Funkcjonowanie lokalnej grupy działania, nabywanie umiejętności i aktywizacja objętego PROW na lata 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ 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 20.6.2014 s. 48)

² ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (Dz. U. poz. 349), zwana dalej ustawą

CZĘŚĆ AI WYNIK WERYFIKACJI WSTĘPNEJ			
	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający **
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

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

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

	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
B. Załączniki dotyczące drugiej transzy pomocy	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1. Dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów zatrudnienia przez Beneficjenta						
1a. Umowy o pracę wraz z zakresami czynności pracowników (załącznik wymagany, w przypadku gdy wystąpiły zmiany po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy pomocy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Lista/-y obecności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1c. Lista/-y płac z wyszczególnieniem wszystkich składników wynagrodzenia i kwot pobranych z tytułu opłaconych: składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1d. Dokumenty potwierdzające poniesienie wszystkich składników wynagrodzenia i kwot pobranych z tytułu opłaconych: składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, zgodnie z listą płac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dokument/-y potwierdzające funkcjonowanie biura zapewniającego obsługę mieszkańców obszaru planowanego do objęcia LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Dokumenty potwierdzające przeprowadzenie spotkań z udziałem społeczności lokalnej w tym: zaproszenie/zawiadomienie o spotkaniu wraz z potwierdzeniem rozpowszechnienia informacji o spotkaniu, program, lista obecności, protokół, dokumentacja fotograficzna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Potwierdzenie złożenia wniosku o wybór LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Dokument potwierdzający numer rachunku bankowego Beneficjenta lub jego pełnomocnika 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pełnomocnictwo (jeżeli zostało udzielone lub nastąpiła zmiana po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy pomocy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Obszar objęty LSR - w przypadku, gdy nastąpiła zmiana obszaru LSR w porównaniu z umową o przyznaniu pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
C. Inne załączniki	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. Weryfikacja wniosku

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w tym m.in.:				
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą Beneficjenta / Pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Dane wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

CZĘŚĆ B2 WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	ND		TAK	ND	
I. Weryfikacja elementów wymaganych dla pierwszej transzy pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Beneficjent nie uzyskał wsparcia przygotowawczego obejmującego budowanie potencjału, szkolenie i tworzenie sieci kontaktów w celu przygotowania i wdrożenia LSR, w ramach innych funduszy EFSI ³ oraz EFRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Obszar planowany do objęcia LSR nie jest wpisany w obszar objęty inną LSR, na której przygotowanie zostało już udzielone wsparcie obejmujące budowanie potencjału, szkolenie i tworzenie sieci kontaktów w celu przygotowania i wdrożenia LSR w rozumieniu art. 35 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 1303/2013 ⁶ , (z wyłączeniem przypadków opisanych w art. 5 ust. 2 ustawy RLKS ⁵)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent posiada tytuł prawny do pomieszczenia, w którym znajduje się biuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beneficjent ponosi koszty zatrudnienia, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 12 umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jest prowadzona strona internetowa i na tej stronie został podany do publicznej wiadomości plan włączenia społeczności oraz informacja o miejscach i terminach spotkań z udziałem społeczności lokalnej (<i>informacja o miejscach i terminach spotkań</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Beneficjent przedstawił do UM informację o miejscach i terminach spotkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Spotkania zaplanowane w informacji o miejscach i terminach spotkań będą odbywać się wg harmonogramu określonego w planie włączenia społeczności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. Spotkania będą poświęcone w szczególności analizie mocnych i słabych stron, szans i zagrożeń, a także celów LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
II. A. Weryfikacja elementów wymaganych dla drugiej transzy pomocy	<div></div>			<div></div>	<div></div>			<div></div>
1. Beneficjent nie uzyskał wsparcia przygotowawczego obejmującego budowanie potencjału, szkolenie i tworzenie sieci kontaktów w celu przygotowania i wdrożenia LSR, w ramach innych funduszy EFSI ³ oraz EFRM	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
2. Obszar objęty LSR nie jest wpisany w obszar objęty inną LSR, na której przygotowanie zostało już udzielone wsparcie obejmujące budowanie potencjału, szkolenie i tworzenie sieci kontaktów w celu przygotowania i wdrożenia LSR w rozumieniu art. 35 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 1303/2013 ⁶ , (z wyłączeniem przypadków opisanych w art. 5 ust. 2 ustawy RLKS ⁵)	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
3. Beneficjent zrealizował plan włączenia społeczności								
3.a Spotkania zaplanowane w informacji o miejscach i terminach spotkań odbyły się wg harmonogramu określonego w planie włączenia społeczności	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
3.b Spotkania były poświęcone w szczególności analizie mocnych i słabych stron, szans i zagrożeń, a także celów LSR	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
3.c Beneficjent ponosi koszty zatrudnienia, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 12 umowy	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
3.d Funkcjonuje biuro zapewniające obsługę mieszkańców obszaru planowanego do objęcia LSR	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
3.e Jest prowadzona strona internetowa i na tej stronie został podany do publicznej wiadomości plan włączenia społeczności oraz informacja o miejscach i terminach spotkań	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
4.a Beneficjent, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia ⁴ przygotował LSR i zgodnie z art. 6 ustawy RLKS złożył wniosek o wybór tej LSR ⁵	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
4.b Beneficjent, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ⁴ przygotował LSR i wniosek o wybór tej LSR został złożony zgodnie z art. 6 ustawy RLKS ⁵	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
5. LSR zakłada współfinansowanie co najmniej ze środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
6. Weryfikacja spełnienia przez LSR warunków wyboru określonych w przepisach ustawy RLKS ⁵								
6.a Znak sprawy wyboru LSR w ramach rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność	<div></div>							
6.b LSR - oprócz elementów określonych w art. 33 ust. 1 rozporządzenia nr 1303/2013 ⁶ - zawiera plan komunikacji z lokalną społecznością	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
6.c Obszar objęty LSR jest spójny przestrzennie	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
6.d Obszar LSR jest zamieszkanym przez nie więcej niż 150 tys. mieszkańców z uwzględnieniem miast zamieszkanym przez więcej niż 20 tys. mieszkańców	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	

6.e Obszar objęty LSR jest zamieszkaany jest przez nie mniej niż 30 tys. mieszkańców, z pominięciem mieszkańców miast zamieszkaanych przez więcej niż 20 tys. mieszkańców

6.f Obszar objęty LSR składa się przynajmniej z dwóch gmin, które nie są miastami zamieszkanymi przez więcej niż 20 tys. mieszkańców

6.g LGD, która złożyła wniosek o wybór LSR spełnia wymagania, określone w przepisach, o których mowa w art. 1 pkt 1 oraz art. 4 ustawy RLKS⁵

6.h Wszystkie gminy, których obszar jest objęty LSR, są członkami LGD i nie są członkami innego podmiotu ubiegającego się o wybór LSR

II.B Cel operacji został osiągnięty

³ Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne, zwane dalej EFSI

⁴ rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 3 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach poddziałania "Wsparcie przygotowawcze" objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (Dz.U. poz.851), zwane dalej rozporządzeniem

⁵ Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o rozwoju lokalnym z udziałem lokalnej społeczności (Dz. U z 2015 r.poz.378), zwana dalej RLKS

⁶ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320), zwane dalej rozporządzeniem nr 1303/2013

CZĘŚĆ B3 WERYFIKACJA KWOTY POMOCY I ZOBOWIĄZAŃ

Weryfikujący

TAKNIEDO UZUPND

Sprawdzający*

TAKNIEDO UZUPND

I. Weryfikacja wnioskowanej kwoty pomocy dla pierwszej transzy pomocy

1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza kwoty pomocy wskazanej w § 4 ust. 2 umowy

Weryfikujący

TAKNIEDO UZUPND

Sprawdzający*

TAKNIEDO UZUPND

II. Weryfikacja wnioskowanej kwoty pomocy dla drugiej transzy pomocy

1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza kwoty pomocy wskazanej w § 4 ust. 2 umowy

2. Wnioskowana kwota pomocy jest równa różnicy pomiędzy kwotą wskazaną w § 4 ust. 1 umowy (lub kwotą pomocy ustaloną zgodnie z § 16 ust. 5 rozporządzenia⁴) a kwotą wypłaconą w ramach pierwszej transzy

Weryfikujący

TAKNIEDO UZUPND

Sprawdzający*

TAKNIEDO UZUPND

III. Weryfikacja zobowiązań dla pierwszej i drugiej transzy pomocy

1. Beneficjent wywiązał się ze zobowiązań wynikających z umowy, których weryfikacja była możliwa na danym etapie oceny wniosku

KP-611-354-ARiMR/1/z

7 z 19

- 1.a Beneficjent wywiązał się z obowiązku niezwłocznego informowania Samorządu Województwa o okolicznościach mogących mieć wpływ na wykonanie umowy, wypłatę pomocy lub spełnienie warunków określonych w Programie lub aktach prawnych wymienionych w § 1 rozporządzenia⁴.
- 1.b Beneficjent wywiązał się z obowiązku stosowania wymogu prowadzenia oddzielnego systemu rachunkowości albo korzystania z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt (i) rozporządzenia 1305/2013⁷ dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji
- 1.c Beneficjent wywiązał się z obowiązku stosowania wymogu informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW, zgodnie z warunkami określonymi w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020, opublikowanej na stronie internetowej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi
- 1.d Beneficjent wywiązał się z obowiązku stosowania wymogu udostępniania uprawnionym podmiotom informacji niezbędnych do monitorowania i ewaluacji Programu do dnia upływu 5 lat od dnia wypłaty drugiej transzy pomocy
2. Beneficjent wywiązał się z zobowiązań wynikających z umowy nie później niż przed upływem ostatniego dnia terminu składania wniosków o wybór LSR

⁷ 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 uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005 (Dz.U. UE L 347 z 20.12.2013, str. 487 z późn. zm.), zwane dalej rozporządzeniem nr 1305/2013

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ B4 WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI UDZIELANIA POMOCY ORAZ KWOTY POMOCY

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 usunięcia braków/oczywistych omyłek/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 Weryfikującego

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

Sprawdził:*

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził**:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

Uwagi:

.....
.....

**I. ZAKRES PIERWSZEGO WEZWANIA DO USUNIĘCIA BRAKÓW/OCZYWISTYCH OMYŁEK/ZŁOŻENIA
WYJAŚNIENI**

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/oczywistych omyłek/wyjaśnień:/...../20.....
Odpowiedź należy złożyć najpóźniej w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/oczywistych omyłek/wyjaśnień:/...../20.....

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny lub wymaga korekty kwoty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do ponownego wezwania do usunięcia braków/oczywistych omyłek/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"/>

III. ZAKRES PONOWNEGO WEZWANIA DO USUNIĘCIA BRAKÓW/OCZYWISTYCH OMYŁEK/WYJAŚNIENÍ

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/oczywistych omyłek/wyjaśnień:/...../20.....
Odpowiedź należy złożyć najpóźniej w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia pisma w sprawie usunięcia braków/oczywistych omyłek wyjaśnień:/...../20.....

IV. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień:

.....

.....

.....

.....

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

1. Wynik wyjaśnień (Weryfikujący):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Wynik wyjaśnień (Sprawdzający*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego*

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:*

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

** Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego*

Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

**** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego**

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

V. Wynik weryfikacji po wezwaniu do usunięcia braków/oczywistych omyłek/wyjaśnień

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

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:*

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził**:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

BLOK C
KONTROLA NA MIEJSCU

CZĘŚĆ C1 WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLI NA MIEJSCU W TRYBIE ART. 46 UST. 1 PKT. 1 USTAWY²

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Operacja została wytypowana do przeprowadzenia kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Operacja podlegała/będzie podlegała kontroli w trybie art.46 ust. 1 pkt. 1 ustawy ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie kontroli na miejscu (na zlecenie)	<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.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

CZĘŚĆ C2 WSTĘPNY WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU/KONTROLI NA MIEJSCU W TRYBIE ART.46 UST. 1 PKT. 1 USTAWY²

I. Przyczyna kontroli na miejscu / kontroli na miejscu w trybie art. 46 ust. 1 pkt. 1 ustawy²

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE		
1. Została przeprowadzona kontrola na miejscu w wyniku typowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. Data przeprowadzenia kontroli/...../20.....					
1b. Data przekazania Raportu z kontroli/...../20.....					
2. Została przeprowadzona kontrola na miejscu w trybie art. 46 ust. 1 pkt. 1 ustawy ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Data przeprowadzenia kontroli/...../20.....					
2b. Data przekazania Raportu z kontroli/...../20.....					
3. Została przeprowadzona kontrola na miejscu (na zlecenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Data przeprowadzenia kontroli/...../20.....					
3b. Data przekazania Raportu z kontroli/...../20.....					
4. Beneficjent wywiązał się ze zobowiązania wynikającego z umowy dotyczącego umożliwienia przeprowadzenia kontroli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Z raportu z czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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*		Zatwierdzający*	
		TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1.						
						
2.						
						
3.						

III. WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU/KONTROLI NA MIEJSCU W TRYBIE ART. 46 UST. 1 PKT. 1 USTAWY²

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

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

_____/_____/20

** Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego*

Zatwierdził:**

Zatwierdził: **

Data i podpis

.....

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

**** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego**

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

Uwagi:

.....

.....

.....

BLOK D
WYLICZENIE KWOTY POMOCY / KAR ADMINISTRACYJNYCH / ZWROTÓW WYPŁACONEJ KWOTY POMOCY

D1 WYLICZENIE KWOTY POMOCY ORAZ KAR ADMINISTRACYJNYCH

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
			<i>Adnotacje</i>	
			TAK	NIE
1. Kwota pomocy dla transzy pomocy wg umowy		zł		
2. Kwota pomocy dla transzy pomocy wg wniosku		zł		
3.a Kwota przyznanej pomocy dla operacji z umowy		zł		
	TAK	NIE		
3.b Przyznana pomoc podlega pomniejszeniu w wysokości 1% z powodu niezastosowania wymogu informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW zgodnie z warunkami określonymi w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020, opublikowanej na stronie internetowej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi.				
3.c Kod korekty (przyczyny pomniejszenia przyznanej kwoty pomocy)				
3.d Kwota pomniejszenia		zł		
4. Kwota pomocy dla transzy po weryfikacji		zł		
5. Wartość procentowa kwoty z pkt 3.d		%		
6. Kwota zmniejszenia		zł		
7. Kwota kwalifikująca się do wsparcia		zł		
8. Słownie:				

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:*

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

Uwagi

.....

D2 WYLICZENIE WYSOKOŚCI ZWROTÓW W PRZYPADKU NIEZREALIZOWANIA ZOBOWIĄZAŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	ND	TAK	ND
I. Weryfikacja dotyczy drugiej transzy pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Kwota wypłaconej pomocy podlega zwrotowi w wysokości 10% z powodu niezastosowania wymogu umożliwienia właściwym organom przeprowadzenia kontroli na miejscu, o których mowa w art. 49 rozporządzenia nr 809/2014 ⁸ oraz kontroli w trybie art. 46 ust. 1 pkt 1 ustawy ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.a Kwota do zwrotu	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.b Kod korekty (zwrotu)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE		
2. Kwota wypłaconej pomocy podlega zwrotowi w wysokości 10% z powodu nieumżliwienia właściwym organom przeprowadzenia kontroli związanych z przyznaną pomocą do dnia upływu 5 lat od dnia wypłaty drugiej transzy pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a Kwota do zwrotu	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.b Kod korekty (zwrotu)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE		
3. Kwota wypłaconej pomocy podlega zwrotowi w wysokości 10% z powodu niezastosowania wymogu niezwłocznego informowania Samorządu Województwa o okolicznościach mogących mieć wpływ na wykonanie umowy, wypłatę pomocy lub spełnienie warunków określonych w Programie lub aktach prawnych wymienionych w § 1 rozporządzenia ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.a Kwota do zwrotu	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.b Kod korekty (zwrotu)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE		
4. Kwota wypłaconej pomocy podlega zwrotowi w wysokości 10% z powodu niezastosowania wymogu prowadzenia oddzielnego systemu rachunkowości albo korzystania z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt (i) rozporządzenia 1305/2013 ⁷ , dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.a Kwota do zwrotu	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.b Kod korekty (zwrotu)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	TAK	NIE		
5. Kwota wypłaconej pomocy podlega zwrotowi w wysokości 5% z powodu niezastosowania wymogu przechowywania całości dokumentacji związanej z przyznaną pomocą, z wyłączeniem dokumentów, których oryginały znajdują się w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego / samorządowej jednostki Samorządu Województwa do dnia upływu 5 lat od dnia wypłaty drugiej transzy pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.a Kwota do zwrotu	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.b Kod korekty (zwrotu)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	TAK	NIE		
6. Kwota wypłaconej pomocy podlega zwrotowi w wysokości 1% z powodu niezastosowania wymogu informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW, zgodnie z warunkami określonymi w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020, opublikowanej na stronie internetowej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.a Kwota do zwrotu	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.b Kod korekty (zwrotu)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	TAK	NIE		
7. Kwota wypłaconej pomocy podlega zwrotowi w wysokości 3% z powodu niezastosowania wymogu udostępniania uprawnionym podmiotom informacji niezbędnych do monitorowania i ewaluacji Programu do dnia upływu 5 lat od dnia wypłaty drugiej transzy pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.a Kwota do zwrotu	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.b Kod korekty (zwrotu)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Kwota zastosowanych kar (suma zwrotu wypłaconej kwoty pomocy)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----	----------------------	----------------------

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:*

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

⁸ rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) nr 809/2014 z dnia 17 lipca 2014 r. ustanawiające zasady stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli, środków rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz.U. UE L 227 z 31.07.2014, str 69)

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BLOK E

OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do wypłaty części pomocy	<div></div>	<div></div>	<div></div>
2. Wniosek kwalifikuje się do wypłaty całości pomocy	<div></div>	<div></div>	<div></div>
3. Zmiana wyniku weryfikacji	<div></div>	<div></div>	<div></div>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził:*

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego (dotyczy zmiany w pkt. 2):

Uwagi:

Data wysłania Beneficjentowi pisma o odmowie wypłaty części pomocy (P-4/354):/...../20.....
Data doręczenia Beneficjentowi pisma P-4/354 :/...../20.....
Data odwołania się Beneficjenta od decyzji UM:/...../20.....
Data wysłania pisma do Departamentu Księgowości ARiMR przekazującego zlecenie płatności (P-5/363):/...../20.....
Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o przekazaniu do ARiMR zlecenia płatności (P-3/354)/...../20.....

BLOK F ODMOWA WYPŁATY POMOCY	
---	--

[illegible]

Imię i nazwisko Weryfikującego

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

Imię i nazwisko Sprawdzającego

_____/_____/20____

Zatwierdził:

_____/_____/20____

Data doręczenia pisma informującego o odmowie przyznania pomocy (P-4/354) / wycofaniu wniosku (P-7/354)/...../20.....
---	---------------------