

**KARTA WERYFIKACJI
INFORMACJI
MONITORUJĄCEJ REALIZACJĘ OPERACJI**

KoM-2/355

PROW na lata 2014-2020

Działanie: 19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER

Poddziałanie: 19.4 Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji

Informacja dotyczy okresu:

.....20.....r. -.....20..... r.

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

BŁOK A

WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. LGD ma zawartą umowę ramową z UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja została złożona w terminie wynikającym z umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ A1 WYNIK WERYFIKACJI WSTĘPNEJ

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

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

Sprawdził:*

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

* 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BLOK B
WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ WERYFIKACJA ZOBOWIĄZAŃ

CZĘŚĆ B1 WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów zatrudnienia przez Beneficjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1a. Umowy o pracę wraz z zakresami czynności pracowników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. 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"/>	<input type="checkbox"/>
1c. 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 posiadanie tytułu prawnego do pomieszczenia, w którym znajduje się biuro LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Karta rozliczenia zadania w zakresie szkoleń /warsztatów/spotkań/działań komunikacyjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aktualny wyciąg z wyodrębnionego rachunku bankowego przeznaczonego do obsługi zaliczki /wyprzedzającego finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oświadczenie Beneficjenta o prowadzeniu oddzielnego sytemu rachunkowości albo o korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego wraz z wyciągiem z polityki rachunkowości i zakładowego planu kont oraz z wydrukami z kont księgowych w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych w rozumieniu art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia nr 1305/20132, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Inne załączniki						
Do <i>Informacji</i> dołączone zostały inne, niewymienione w części I załączniki	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK		ND	TAK		ND
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
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"/>

III. Weryfikacja Informacji

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Informacja została złożona na właściwym formularzu aktualnym na dzień składania Informacji, udostępnionym na stronie internetowej UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja została wypełniona zgodnie z instrukcją, w tym m.in.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Informacja i załączniki zostały podpisane przez osobę/y reprezentującą/e Beneficjenta / pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Dane identyfikacyjne Beneficjenta wpisane w Informacji są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Liczba załączników podana w Informacji zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

CZĘŚĆ B2 WERYFIKACJA ZOBOWIĄZAŃ

I. Weryfikacja elementów, które mogą skutkować odmową wypłaty transzy pomocy w wyniku kontroli administracyjnej wniosku o płatność

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Beneficjent realizuje operację zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu, w umowie oraz umowie ramowej, w tym realizuje Plan Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent zatrudnia pracowników na zasadach wynikającym z § 5 ust. 1. pkt 3 umowy i ponosi z tego tytułu koszty	<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 LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beneficjent prowadzi stronę internetową na potrzeby realizacji LSR i na stronie tej podany został do publicznej wiadomości Plan Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Weryfikacja elementów, które mogą skutkować naliczeniem kar administracyjnych na etapie kontroli administracyjnej wniosku o płatność

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
1. Beneficjent realizuje Plan Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Realizacja Planu Komunikacji jest zgodna z harmonogramem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Beneficjent prowadzi oddzielny system rachunkowości lub korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013 ¹ , dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania, zostały ujęte w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych zgodnie z wymogiem, o którym mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania dotyczyły 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"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beneficjent wskazał dokumenty, które potwierdzają realizację operacji lub jej części	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beneficjent realizuje plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD realizowany jest przez Beneficjenta zgodnie z harmonogramem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Weryfikacja elementów mogących skutkować naliczeniem kar administracyjnych po etapie kontroli na miejscu / kontroli zadania w trakcie realizacji / kontroli na zlecenie, które zostały zrealizowane przed złożeniem *Informacji (...)*

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
1. Beneficjent informuje i rozpowszechnia informację o pomocy otrzymanej z EFRROW, zgodnie z przepisami Załącznika III do rozporządzenia 808/2014, opisanymi w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent zamieścił w swojej siedzibie Tablicę informacyjną, o której mowa w przepisach Załącznika III do rozporządzenia nr 808/2014, w sposób określony w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020	<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. Inne uchybienia, które stwierdzono w trakcie kontroli	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
3.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ B3 WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ WERYFIKACJI ZOBOWIĄZAŃ

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Informacja kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja wymaga usunięcia braków /złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Podczas oceny Informacji stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nieprawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<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:

.....
.....

¹rozporządzenie 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.)

CZĘŚĆ B4 USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

I. Zakres wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

1. Zakres braków/wyjaśnień wg załącznika nr 1 (K 2.1/355)

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

II. Wynik weryfikacji po wezwaniu do usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Informacja kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja kwalifikuje się do ponownego wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Podczas oceny Informacji stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nie prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<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:

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

III. Zakres ponownego wezwania do usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień

1. Zakres ponownego wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień wg załącznika nr 1 (K 2.1/355)

Data nadania/złożenia pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:/...../20.....
--	---------------------

IV. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych 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/...../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:

.....

.....

V. Wynik weryfikacji po wezwaniu do usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Informacja kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Podczas oceny Informacji stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nie prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<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 ZADANIA W TRAKCIE REALIZACJI / KONTROLI NA ZLECENIE

	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 podlega kontroli zadania w trakcie realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Na podstawie dotychczasowej oceny <i>Informacji</i> wymagane jest przeprowadzenie kontroli 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 ZADANIA W TRAKCIE REALIZACJI / KONTROLI NA ZLECENIE

I. Przyczyna kontroli na miejscu / kontroli zadania w trakcie realizacji / kontroli na zlecenie

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	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 czynności kontrolnych/...../20.....					
2. Została przeprowadzona kontrola zadania w trakcie realizacji	<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 czynności kontrolnych/...../20.....					
3. Została przeprowadzona kontrola 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 czynności kontrolnych/...../20.....					

4. Beneficjent wywiązał się ze zobowiązania wynikającego z umowy dotyczącego umożliwienia przeprowadzenia kontroli
5. Z raportu z czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień

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.						

CZĘŚĆ C3 WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLI ZADANIA W TRAKCIE REALIZACJI / KONTROLI NA ZLECENIE

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Informacja kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Podczas oceny Informacji stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nie prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<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:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

²rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) nr 808/2014 z dnia 17 lipca 2014 r. ustanawiające zasady stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) (Dz. Urz. UE L 227 z 31.07.2014, str. 18)

BLOK D

OCENA KOŃCOWA INFORMACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Beneficjent prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zmiana wyniku weryfikacji			<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.....

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego (dotyczy zmiany w pkt. 3):

Uwagi:

BLOK E			
NEGATYWNA OCENA INFORMACJI			
	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Podczas oceny <i>Informacji</i> stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nieprawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 skutkujące odmową wypłaty transzy pomocy w ramach kontroli administracyjnej wniosku o płatność:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 skutkujące naliczeniem kar administracyjnych w ramach kontroli administracyjnej wniosku o płatność:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Należy wypowiedzieć umowę o przyznaniu pomocy w ramach poddziałania 19.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Informacja</i> została wycofana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zmiana wyniku weryfikacji			<input type="checkbox"/>
Część, na której: stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nie prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy / nastąpiło wycofanie <i>Informacji</i>			
Przyczyny stwierdzenia, że Beneficjent nie realizuje/nie prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy /wycofania <i>Informacji</i>		
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. 4):			
.....			
.....			
.....			
.....			
Data doręczenia pisma informującego o stwierdzeniu nieprawidłowej realizacji zobowiązań (P-7a/355) / wycofaniu <i>Informacji</i> (P-8/355)	/...../20.....	