Lista sprawdzająca – narzędzie pomocy dla Beneficjentów

Lista ta stanowi pomoc przy weryfikacji czy we wniosku o dofinansowanie projektu zostały zawarte wszystkie niezbędne elementy.
Lista sprawdzająca **nie jest dokumentacją konkursową** i nie stanowi podstawy do powoływania się na nią w proteście.

Wnioskodawco, sprawdź czy:

I	Informacje podstawowe	Tak	Nie	Nie dotyczy
1	wersja elektroniczna wniosku o dofinansowanie projektu jest zgodna z wersją papierową (sumy kontrolne wersji papierowej i elektronicznej są tożsame) oraz wydruk zawiera wszystkie strony o sumie kontrolnej zgodnej z wersją elektroniczną?			
2	wniosek o dofinansowanie projektu w wersji papierowej został opatrzony podpisami i pieczęciami osoby uprawnionej/osób uprawnionych do podejmowania wiążących decyzji w imieniu Wnioskodawcy i Partnerów (o ile dotyczy)?			
3	w polu 1.8 wpisałeś tytuł projektu (nie może być tożsamy z nazwą RPO WiM 2014-2020 ani nazwami Osi priorytetowych, Priorytetów Inwestycyjnych, Działań i Poddziałań RPO WiM 2014-2020. Tytuł nie może liczyć więcej niż 1000 znaków i powinien zaczynać się od litery lub cyfry arabskiej – nie powinno się stosować jako pierwszego znaku w tytule projektu innych znaków takich jak: cudzysłów, myślnik, nawias, itp., ani znaków specjalnych np. „^” „%” „&”, itp.)?			
4	w polu 1.9 wskazałeś odpowiedni typ projektu Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych RPO WiM 2014-2020 (dalej: SzOOP)? W ramach konkursu przewiduje się realizację jednego typu projektu: *Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania (wraz z sanacją) wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*			
5	w polu 1.13 wpisałeś prawidłowe miejsce realizacji projektu (np. zgodne z miejscem realizacji większości zadań w projekcie/ obszarem z którego rekrutowani są uczestnicy)?			
6	informacje zawarte w polu 1.23 są zgodne z metodą rozliczania wydatków wskazaną w projekcie?			
7	informacje wykazane w polu 1.24 są zgodne z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu odnośnie pomocy publicznej?			
8	w polu 1.25 wskazałeś prawidłowy typ projektu? (zgodnie z zapisami Regulaminu konkursu prawidłowy typ projektu: „inny”)			
9	w polu 1.27 wskazałeś prawidłową informację na temat partnerstwa publiczno-prywatnego? (Wartość prawidłowa to „NIE”)			
10	w polu 1.28 wskazałeś powiązanie planowanego projektu ze strategiami? („Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego województwa warmińsko-mazurskiego do roku 2025”)			
11	jeżeli projekt nie generuje dochodu, to w polu 1.33 wskazałeś odpowiedź „NIE”?			
12	w polu 2.1 oraz 2.2 wpisałeś pełną nazwę oraz status prawny zgodnie z danymi rejestrowymi?			
13	w polach 2.7 - 2.8 wpisałeś numer NIP oraz REGON zgodnie z danymi rejestrowymi?			
14	w polu 2.9 wskazałeś aktualny adres siedziby oraz aktualne dane kontaktowe (nr telefonu, poczta e-mail)?			

15	w polu 2.11 wskazałeś osobę (y) uprawnioną (e) do podejmowania wiążących decyzji (wraz z aktualnymi danymi kontaktowymi)?			
16	w polu 2.12 wskazałeś osobę uprawnioną do kontaktów roboczych (wraz z aktualnymi danymi kontaktowymi)?			
17	w polu 2.13 wskazałeś dane wszystkich partnerów realizujących projekt? (pamiętaj, że jako partnera należy wskazać jednostkę posiadającą osobowość prawną np. gminę/powiat)			
18	W polu 2.14 wskazałeś osoby uprawnione do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera (wraz z aktualnymi danymi adresowymi oraz kontaktowymi)?			
II	**Kryteria formalne wyboru projektu**			
1	zgodnie z SzOOP jesteś podmiotem uprawnionym do ubiegania się o dofinansowanie w ramach właściwego Działania/Poddziałania RPO WiM 2014-2020?			
2	rozliczasz wydatki za pomocą kwot ryczałtowych, jeżeli wartość wkładu publicznego w projekcie nie przekracza 100 000 EUR?			
3	nie podlegasz wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie ze środków UE na podstawie odrębnych przepisów?			
	Partner/ partnerzy nie podlegają wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie ze środków UE na podstawie odrębnych przepisów?			
4	zawarte partnerstwo spełnia wymogi określone w art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-2020?			
5	okres realizacji projektu zawiera się w przedziale 1 stycznia 2014 – 31 grudnia 2023 roku?			
III	**Kryteria merytoryczne zerojedynkowe**			
1	typ projektu, dobór grupy docelowej, minimalna oraz maksymalna wartość projektu oraz kwestie dotyczące limitów i ograniczeń w realizacji projektu określiłeś w sposób zgodny z zapisami właściwej Osi Priorytetowej RPO WiM 2014-2020 i SzOOP?			
2	poziom wydatków w ramach cross-financingu w Twoim projekcie nie przekracza dopuszczalnego poziomu określonego w SZOOP?			
3	poziom środków trwałych (w tym cross-financing) w Twoim projekcie nie przekracza dopuszczalnego poziomu określonego w SZOOP?			
4	poziom wkładu własnego wynosi - co najmniej **5 %** wydatków kwalifikowalnych w ramach projektu; - w przypadku państwowych jednostek budżetowych, minimalny wkład własny wynosi **15%** wydatków kwalifikowanych			
5	wartość kosztów pośrednich jest zgodna z limitami określonymi w Regulaminie konkursu?			
6	zawarłeś we wniosku o dofinansowanie projektu zapisy/informacje jak będzie realizowana zasada równości szans kobiet i mężczyzn (w oparciu o standard minimum)?			
7	zawarłeś we wniosku o dofinansowanie projektu zapisy/informacje czy projekt jest zgodny z zasadą zrównoważonego rozwoju?			
8	zawarłeś we wniosku o dofinansowanie projektu zapisy/informacje jak będzie realizowana zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami?			
9	Twój projekt jest zgodny z właściwym prawodawstwem krajowym, w tym z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych?			
10	Twój projekt jest zgodny z zasadami pomocy publicznej lub pomocy de minimis?			
IV	**Kryteria merytoryczne – specyficzne obligatoryjne**			

1	Złożony wniosek o dofinansowanie projektu obejmuje jeden z 3 wymienionych poniżej subregionów województwa warmińsko-mazurskiego, tj. • subregion olsztyński, lub • subregion elbląski, lub • subregion ełcki.			
2	Zapewniasz, iż działania realizowane w projekcie są zgodne z *Programem Polityki Zdrowotnej na lata 2018–2020 w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego.*			
3	Grupę docelową w projekcie stanowią: a. w ramach działań terapeutycznych: • dzieci z rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym w wieku 0-17 lat z terenu województwa warmińsko-mazurskiego, dotknięte zaburzeniami ze spektrum autyzmu. b. w ramach części edukacyjnej: • w szczególności rodzice/opiekunowie prawni dzieci z grupy docelowej; • grono pedagogiczne prowadzące bezpośrednio edukację dzieci z grupy docelowej.			
4	w ramach rekrutacji uczestników do projektu nawiązałeś współpracę z ośrodkami pomocy społecznej (OPS) lub powiatowymi centrami pomocy rodzinie (PCPR).			
5	Wnioskodawca lub co najmniej jeden z partnerów w projekcie posiada minimum 36 miesięczne doświadczenie w realizacji działań wskazanych w *Programie Polityki Zdrowotnej na lata 2018–2020 w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego* na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego.			
6	Wnioskodawca/Partner posiada lub zapewnia udział podmiotu leczniczego z terenu województwa warmińsko-mazurskiego posiadającego uprawnienia do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanym w *Programie Polityki Zdrowotnej na lata 2018–2020 w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego*, w szczególności z zakresu rehabilitacji medycznej osób/ dzieci ze spektrum autyzmu.			
7	Maksymalny okres realizacji projektu wynosi 36 miesięcy.			
8	w okresie realizacji projektu prowadzisz biuro projektu (lub posiada siedzibę, filię, delegaturę, oddział czy inną prawnie dozwoloną formę organizacyjną działalności podmiotu) na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, z możliwością udostępnienia pełnej dokumentacji wdrażanego projektu oraz zapewniające uczestnikom projektu możliwość osobistego kontaktu z kadrą projektu.			
	Preferencje dotyczące grupy docelowej w ramach realizowanego projektu	**Tak**	**Nie**	**Nie dotyczy**
1	złożyłeś czytelną deklarację preferowania osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osób z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi?			
2	złożyłeś czytelną deklarację preferowania osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek?			
3	Złożyłeś czytelną deklarację preferowania osób korzystających z PO PŻ?			
	Spełnienie wszystkich limitów i ograniczeń wskazanych w Regulaminie konkursu	**Tak**	**Nie**	**Nie dotyczy**
1	Działania podejmowane w sektorze ochrony zdrowia muszą być zgodne z Planem działań			

	w sektorze zdrowia dla województwa warmińsko-mazurskiego wdrażanego z wykorzystaniem funduszy unijnych na szczeblu krajowym i regionalnym, po zatwierdzeniu przez Komitet Sterujący.			
2	Projekty dotyczące usług zdrowotnych powinny być skierowane do dzieci z rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym (zgodnie z definicją określoną w Wytycznych dotyczących realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020).			
3	Preferowane do objęcia wsparciem EFS w ramach projektów są osoby lub rodziny korzystające z PO PŹ, a zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŹ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŹ.			
4	Działania edukacyjne w ramach projektu skierowane są do dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat oraz ich rodziców/ opiekunów i nauczycieli.			
5	Wsparcie realizowane jest w miejscu zamieszkania uczestnika projektu. W przypadku konieczności świadczenia usług opieki zdrowotnej w innym miejscu, Beneficjent zapewnia zwrot kosztów dojazdu lub zorganizowany dojazd z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania usług zdrowotnych i z powrotem uczestnikowi projektu oraz jego rodzicowi/ opiekunowi.			
6	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, na temat RPZ, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców RPZ, prowadzone są przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń w określonych w ramach danego RPZ.			
7	Wnioskodawca zapewni, iż świadczenia opieki zdrowotnej będą realizowane zgodnie z wymogami prawnymi, w szczególności w kontekście praw pacjenta.			
8	Koszty zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną (inną niż uczestnik projektu), będąca pod opieką rodzica/ opiekuna osoby korzystającej z usługi zdrowotnej w ramach RPZ, w czasie korzystania ze wsparcia, są kosztami kwalifikowanymi.			
9	Wnioskodawca zapewnia, iż działania projektowe nie powielają działań realizowanych w funkcjonujących krajowych programach zdrowotnych, w tym w ramach PO WER.			
10	Wnioskodawca zapewnia, iż świadczenia oferowane w projekcie nie powielają się ze świadczeniami gwarantowanymi ze środków w ramach umowy z Płatnikiem. W przypadku powielania się świadczeń, Wnioskodawca zapewni mechanizmy zabezpieczające przed możliwością podwójnego finansowania (w ramach środków publicznych pozostających w dyspozycji Płatnika i RPO WiM 2014-2020).			
11	Zaplanowane przez Wnioskodawcę szczegółowe wydatki w projekcie nie mogą przekraczać wysokości kosztów wskazanych w RPZ.			
	Obligatoryjne dokumenty, które należy dołączyć do wniosku o dofinansowanie projektu (wersja papierowa)	**Tak**	**Nie**	**Nie dotyczy**
1	do wniosku o dofinansowanie projektu dołączyłeś oświadczenie dotyczące świadomości skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji (załącznik nr 14 do Regulaminu konkursu)?			
2	do wniosku o dofinansowanie projektu dołączyłeś załącznik w postaci wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w przypadku gdy Wnioskodawca/Partner jest podmiotem leczniczym wykonującym świadczenia opieki zdrożonej z zakresu *Programu Polityki Zdrowotnej na lata 2018-2020 w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego*, w szczególności z zakresu rehabilitacji medycznej			

	osób/dzieci ze spektrum autyzmu). W innym przypadku Wnioskodawca/Partner zobowiązany jest do załączenia oświadczenia potwierdzającego zapewnienie udziału podmiotu leczniczego posiadającego uprawnienia do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na mocy obowiązującego prawa z zakresu *Programu Polityki Zdrowotnej na lata 2018-2020 w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego*, w szczególności z zakresu rehabilitacji medycznej osób/dzieci ze spektrum autyzmu.			