

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU
O PRYZYKNANIE POMOCY**

K-1/353

PROW 2014-2020

Działanie: Wsparcie dla rozwoju lokalnego
w ramach inicjatywy LEADER

Poddziałanie: 19.4 Wsparcie na rzecz kosztów
bieżących i aktywizacji

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:	
	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna (UM)
Znak sprawy:	
Nazwa podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy:	
Data przyjęcia wniosku:/...../20.....

BLOK A

WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek wpłynął do UM w terminie miesiąca od dnia zawarcia umowy o warunkach i sposobie realizacji lokalnej strategii rozwoju (umowa ramowej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wpłynął do UM, z którym jest zawarta umowa ramowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Z podmiotem ubiegającym się o przyznanie pomocy została podpisana umowa o warunkach i sposobie realizacji lokalnej strategii rozwoju (umowa ramowa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wdrażana jednofunduszowa LSR jest współfinansowana ze środków EFRROW, a w przypadku wielofunduszowej LSR, EFRROW został wskazany jako fundusz wiodący ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. We wniosku wskazano adres podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy albo istnieje możliwość ustalenia tego adresu na podstawie posiadanych danych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 i 6 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) nr 640/2014 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa art. 5 ust. 3 pkt 4 ustawy o finansach publicznych ³ , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 fundusz, o którym mowa w art. 32 ust. 4 rozporządzenia 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 uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r., str. 320, z późn. zm.),

2 rozporządzenia 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)

3 ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.)

CZĘŚĆ A.1: WYNIK WERYFIKACJI WSTĘPNEJ						
	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził**:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

BLOK B

WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY, LIMITU POMOCY ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

CZĘŚĆ B.1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	DO			DO		
	TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
1. Statut podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pełnomocnictwo (jeżeli zostało udzielone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informacja o numerze wyodrębnionego rachunku bankowego, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową w przypadku, gdy podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy ubiega się o zaliczkę albo wyprzedzające finansowanie operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne załączniki	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	DO			DO		
	TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
	<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"/>	
6.	<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*	
	DO		DO	
	TAK	UZUP	TAK	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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy / 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 B.2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	DO				DO			
	TAK	UZUP	ND	NIE	TAK	UZUP	ND	NIE
1. W przypadku zawarcia warunkowej umowy ramowej, podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy spełnił warunek określony w art. 14 ust. 3 ustawy o rozwoju lokalnym ⁴	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Operacja jest zgodna z celami LSR oraz celami wymienionymi w PROW 2014-2020 a jej realizacja pozwoli na osiągnięcie tych celów	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
3. Operacja będzie realizowana w nie więcej niż w 4 transzach w danym roku, wniosek o płatność będzie składany nie częściej niż co 3 miesiące w danym roku oraz zakończenie operacji i złożenie ostatniego wniosku o płatność nastąpi do dnia 31 marca 2023 roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

CZĘŚĆ B.3: WERYFIKACJA LIMITU POMOCY

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Przewidywane transze pomocy nie przekraczają środków przyznanych na poddziałanie w umowie ramowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Termin i wysokość poszczególnych transz pomocy odpowiadają postępowi we wdrażaniu LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ B.4: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	DO			DO		
	TAK	UZUP	ND	TAK	UZUP	ND
1. Wnioskowana kwota zaliczki nie przekracza 50% wsparcia publicznego związanego z kosztami bieżącymi i kosztami aktywizacji zgodnie z art. 42 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1305/2013 ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Planowane terminy i kwoty transz zaliczki zostały określone w wysokości nie większej i na okres nie dłuższy niż jest to niezbędne dla prawidłowej realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wnioskowana kwota wyprzedzającego finansowania nie przekracza wysokości udziału krajowych środków publicznych pochodzących z budżetu państwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁴ ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o rozwoju lokalnym z udziałem lokalnej społeczności (Dz.U. poz. 378);

⁵ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005 (Dz.Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 487, z późn. zm.);

CZĘŚĆ B.5: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY, LIMITU POMOCY ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

	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/złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

.....

..... / / 2

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

.....

..... / / 2

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

.....

...../...../2.....

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

[illegible]

CZĘŚĆ B.6: USUNIĘCIE BRAKÓW/ ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

I. Zakres braków wg załącznika nr 1 (K-1.1/353)

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień:/...../2.....
Odpowiedź należy złożyć najpóźniej w terminie:/...../2.....
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień przez podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy:/...../2.....

.....

.....

.....

.....

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

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

Zweryfikował:
Imię i nazwisko Weryfikującego
Data i podpis/...../2.....

Sprawdził*:
Imię i nazwisko Sprawdzającego
Data i podpis/...../2.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:**
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis/...../2.....

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień

.....

.....

.....

.....

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień:/...../2.....
Odpowiedź należy złożyć najpóźniej w terminie:/...../2.....
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie wyjaśnień przez podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy:/...../2.....

III. a Wynik dodatkowych wyjaśnień (Weryfikujący)

.....

.....

.....

III. b Wynik dodatkowych wyjaśnień (Sprawdzający*)

.....

.....

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego
Data i podpis/...../2.....

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego
Data i podpis/...../2.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis/...../2.....

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

BLOK C

OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

CZĘŚĆ C.1: PRZEWIDYWANY LIMIT POMOCY

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
			TAK	NIE
1. Przewidywany limit wypłaty pomocy w ramach operacji, przy kursie EUR 4 zł	<div></div>	EUR	<div></div>	<div></div>
	<div></div>	PLN	<div></div>	<div></div>
2. Wnioskowana kwota zaliczki albo wyprzedzającego finansowania	<div></div>	zł	<div></div>	<div></div>

CZĘŚĆ C.2: WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Możliwe jest przyznanie pomocy	<div></div>	<div></div>	<div></div>
2. Zmiana wyniku weryfikacji			<div></div>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma informującego o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku/...../2.....
---	--------------------

**POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA / ODMOWA PRYZNANIA POMOCY /
WYCOFANIE WNIOSKU / PRZEKAZANIE ZGODNIE Z KOMPETENCJAMI**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek został wycofany/podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zrezygnował z ubiegania się o pomoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Przekazanie wniosku zgodnie z kompetencjami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zmiana wyniku weryfikacji			<input type="checkbox"/>
Część, w której nastąpiło/a <i>pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku / podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zrezygnował z ubiegania się o pomoc / przekazanie wniosku zgodnie z kompetencjami.</i>			
Przyczyny: <i>pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy / wycofania wniosku / rezygnacji podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy z ubiegania się o pomoc.</i>			

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

...../...../2.....

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego (dotyczy zmiany w pkt 5):

Data doręczenia pisma informującego o odmowie przyznania pomocy / wycofaniu wniosku / przekazania wniosku zgodnie z kompetencjami/...../2.....
---	--------------------

WERYFIKACJA DOKUMENTÓW PRAWNEGO ZABEZPIECZENIA ZALICZKI

Weryfikujący Sprawdzający* Zatwierdzający**

	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Złożone dokumenty zabezpieczenia są poprawne	<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"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis/...../2.....

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis/...../2.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zatwierdził**:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis/...../2.....

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis/...../2.....