

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY

PROW 2014-2020

Działanie M07: Podstawowe usługi i odnowa wsi na obszarach wiejskich

Poddziałanie 7.2: Wsparcie inwestycji związanych z tworzeniem, ulepszaniem lub rozbudową wszystkich rodzajów małej infrastruktury, w tym inwestycji w energię odnawialną i w oszczędzanie energii.

Typ operacji 7.2.1: Budowa lub modernizacja dróg lokalnych

Znak sprawy:											
Nazwa podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy:											
Data złożenia wniosku:	<table><tr><td></td><td></td><td>–</td><td></td><td></td><td>–</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			–			–				
		–			–						
Godzina złożenia wniosku:	<table><tr><td></td><td></td><td>:</td><td></td><td></td></tr></table>			:							
		:									

(jeżeli dotyczy)

Osoby dokonujące oceny wniosku o przyznanie pomocy

1. Weryfikujący

(imię i nazwisko Weryfikującego)

--	--	--	--	--	--	--	--

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Weryfikującego

☐

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

--	--	--	--	--	--	--	--

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3. Zmiana Weryfikującego

☐

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

--	--	--	--	--	--	--	--

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

A. Dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający:

☐

TAK

☐

NIE

Losowo*

Ze wskazania

TAK

TAK

B. Sprawdzający został wyznaczony:

☐☐

1. Sprawdzający

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	d	-	m	m	-	r	r	r	r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Sprawdzającego

☐

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	d	-	m	m	-	r	r	r	r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

3. Zmiana Sprawdzającego

☐

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	d	-	m	m	-	r	r	r	r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

* ze wszystkich złożonych wniosków o przyznanie pomocy w podmiocie wdrażającym, wybierane jest 10% wniosków, dla których wyznaczony jest Sprawdzający.

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Wstawić "X" we właściwym miejscu			
	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w ogłoszeniu o naborze wniosków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek zawiera dane identyfikujące podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust 3 pkt 4 ustawy o finansach publicznych ¹ , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 oraz ust. 6 rozporządzenia nr 640/2014 ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

I. Wynik weryfikacji wstępnej:

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko_____
data i podpisSprawdził*: _____
imię i nazwisko_____
data i podpisZatwierdził**: _____
imię i nazwisko_____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm)

² 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 20.06.2014 r., str.48)

B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, POZIOMU I LIMITU POMOCY ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Gmina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Powiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Związek międzygminny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Związek powiatów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Weryfikacja załączników

1. Zaświadczenie wystawione przez wójta/burmistrza określające liczbę mieszkańców miejscowości, w której będzie realizowana operacja – oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pełnomocnictwo, jeżeli zostało udzielone - oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dokument potwierdzający prawo do dysponowania nieruchomością - kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Oświadczenie właściciela lub współwłaściciela nieruchomości, że wyraża zgodę na realizację operacji trwale związanej z nieruchomością, jeżeli operacja realizowana jest na nieruchomości będącej w posiadaniu zależnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kosztorys inwestorski – oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Decyzja o pozwoleniu na budowę – kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych właściwemu organowi - kopia, wraz z: – oświadczeniem, że w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu – oryginał, lub – potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych – kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Decyzja o zezwoleniu na realizację inwestycji drogowej – kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Szacunkowe zestawienie kosztów – oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Program funkcjonalno-użytkowy – oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
10. Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy lub miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego lub decyzja o lokalizacji inwestycji celu publicznego - kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Strategia rozwoju lub inny dokument określający obszary i cele lokalnej polityki rozwoju - kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Opis zadań wymienionych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Porozumienie zawarte pomiędzy gminami, powiatami lub gminą a powiatem - kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mapy lub szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne dotyczące umiejscowienia operacji - oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Decyzje, pozwolenia lub opinie organów administracji publicznej, inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów przyznania pomocy, w tym kryterium regionalnego – kopie	<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"/>	<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"/>
	<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"/>	<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"/>

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND

III. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dane finansowe są we wniosku poprawne pod względem rachunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dane identyfikacyjne podmiotu ubiegającego się o wsparcie podane we wniosku są poprawne oraz zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Wniosek został podpisany przez osoby upoważnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
1. Podmiotem jest: gmina; powiat; związek międzygminny lub związek powiatów	<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. Operacja realizowana jest na obszarze należącym do: gminy wiejskiej; gminy miejsko-wiejskiej, z wyłączeniem miast liczących powyżej 5000 mieszkańców lub gminy miejskiej z wyłączeniem miejscowości liczących powyżej 5000 mieszkańców.	<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. Operacja jest zgodna z celem szczegółowym określonym dla tego poddziałania w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 i jej realizacja pozwoli na osiągnięcie tego celu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 oraz rozporządzeniu.	<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. Cel operacji jest adekwatny do zakresu pomocy określonego w zestawieniu rzeczowo-finansowym.	<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. Operacja została uwzględniona w planie finansowym podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy.	<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. Koszty kwalifikowalne przedstawione we wniosku są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowalnych w ramach poddziałania „Wsparcie inwestycji związanych z tworzeniem, ulepszaniem lub rozbudową wszystkich rodzajów małej infrastruktury, w tym inwestycji w energię odnawialną i w oszczędzanie energii” dla typu operacji „Budowa lub modernizacja dróg lokalnych” oraz zasadami dotyczącymi kwalifikowalności.	<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. Operacja realizowana jest w nie więcej niż dwóch etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność końcową, będącą refundacją kosztów kwalifikowalnych, nastąpi w terminie określonym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Podmiot posiada udokumentowane prawo do dysponowania nieruchomością, na której będzie realizowana operacja, przez okres realizacji operacji oraz co najmniej przez okres 5 lat od wypłaty płatności końcowej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Operacja łączy jednostki osadnicze określone w ustawie z dnia 29 sierpnia 2003 r. o urzędowych nazwach miejscowości i obiektów fizjograficznych (Dz. U. Nr 166, poz.1612 oraz z 2005 r. Nr 17, poz.141) z istniejącą drogą publiczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Operacja została uwzględniona w dokumencie planistycznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Operacja jest spójna z dokumentem strategicznym	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Suma kosztów kwalifikowalnych nie przekroczy kwoty 1 mln EUR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Operacja nie może zostać zrealizowana bez wsparcia środków publicznych UE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15a NDW – Nakłady inwestycyjne, które zostałyby poniesione w przypadku nieotrzymania pomocy finansowej.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15b tDW – Czas, o jaki wydłużyłaby się realizacja inwestycji w przypadku niekorzystania z pomocy finansowej przez Wnioskodawcę.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15c NC – Nakłady całkowite na realizację operacji	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15d tc – Całkowity czas realizacji operacji, zaplanowany we wniosku	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15e EDW – wartość procentowa EFEKTU DEADWEIGHT	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

B3: WERYFIKACJA POZIOMU I LIMITU POMOCY**I. Weryfikacja poziomu pomocy operacji**

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	NIE	DO WEZW.	TAK	NIE	DO WEZW.
1. Wysokość wnioskowanej kwoty pomocy wynosi 63,63% kosztów kwalifikowalnych dla tej operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Weryfikacja limitu pomocy operacji

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	NIE	DO WEZW.	TAK	NIE	DO WEZW.
1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu w wysokości 3 000 000 zł na podmiot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B4: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI**ND****Uwagi:**

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ ZGODNOŚCI Z
ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY**

B5: WYNIK WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

I. Wynik weryfikacji wniosku

	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 wezwania do 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

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

II. Wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 karty

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień:	
	dd/mm/rrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia :	
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień	
	dd/mm/rrr

Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 karty

IIa. Wynik weryfikacji po usunięciu braków/złożeniu 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

data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**: _____

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

B6: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI KOSZTÓW¹**WERYFIKACJA ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU****ND****WERYFIKACJA ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ****ND****WERYFIKACJA KRZYŻOWA**¹ racjonalność w rozumieniu art. 48 rozporządzenia Komisji (UE) 809/2014**I. Weryfikacja racjonalności kosztów**

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN
1. Koszty poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji odpowiadają cenom rynkowym.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Weryfikacja założeń biznesplanu**ND****III. Weryfikacja zasadności ekonomicznej****ND****IV. Weryfikacja krzyżowa**

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	N/D	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	N/D
1. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach poprzednich naborów na operacje typu „Budowa lub modernizacja dróg lokalnych” objętych PROW 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. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach poddziałania 19.2. „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętych PROW na lata 2014-2020, w zakresie dróg	<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. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach "Programu rozwoju gminnej i powiatowej infrastruktury drogowej na lata 2016-2020"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 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 kwalifikuje się do dalszej oceny - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do wydania rostrzygnięcia niezbędne jest wezwanie podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy do złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

Va. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

VI. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr

VIa. Wynik 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"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

VII. Wynik weryfikacji - po wyjaśnieniach

	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 dalszej oceny - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego	<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

data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**: _____

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

B7: AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO**AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI****ND****I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego**

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Kwota o jaką podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie podmiotu wdrażającego	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
2a. Kwota o jaką podmiot wdrażający zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł

II. Aktualizacja prefinansowania operacji**ND**

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI
ORAZ ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY**

WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

B8 WYNIK WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

WERYFIKACJI RACJONALNOŚCI KOSZTÓW

**WERYFIKACJI ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU/ ZASADNOŚCI
EKONOMICZNEJ**

ND

WERYFIKACJI KRZYŻOWEJ

	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 _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

WIZYTA ¹
C:
KONTROLA ²

☐☐

¹ Wizyta - art. 48 ust 5 rozporządzenia nr 809/2014

² Kontrola - art. 46 ust 1 pkt 1 ustawy o wrow

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizyty/kontroli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wizyty/odstąpienia od przeprowadzenia wizyty.

Elementy podlegające sprawdzeniu:

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

I. Wynik wizyty/kontroli

DATA PRZEPROWADZENIA WIZYTY/KONTROLI:	
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH :	

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający **
	TAK	TAK	TAK
<div></div> Z raportu dot. czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty/kontroli nie wynika konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów - wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny. 1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z raportu dot. czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty/kontroli wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów 2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego 3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy 4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**: _____

imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

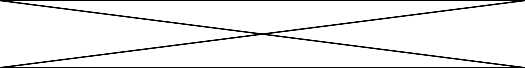
☐

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień	
	dd/mm/rrrr

III. 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"/>

IV. Wynik wizyty/kontroli po wyjaśnieniach

	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 dalszej oceny w ograniczonym zakresie i wymaga aktualizacji Zestawienia rzeczowo-finansowego	<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 data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO
C1:
AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

- PO WIZYCIE/KONTROLI

I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota o jaką podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie podmiotu wdrażającego	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
2a. Kwota o jaką podmiot wdrażający zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy	<input type="text"/> zł		<input type="text"/>	<input type="text"/> zł

II. Aktualizacja prefinansowania operacji

ND

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. Ocena punktowa operacji

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	Liczba przyznanych punktów	Maksymalna liczba punktów	TAK	NIE
1. Podstawowy dochód podatkowy gminy, w której jest planowana realizacja operacji w przeliczeniu na 1 mieszkańca, obliczany zgodnie z przepisami o dochodach jednostek samorządu terytorialnego, opublikowany przez urząd obsługujący ministra właściwego do spraw finansów publicznych do stosowania w roku, w którym nastąpiło ogłoszenie o naborze	<input type="text"/> pkt	5 pkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Bezrobocie w powiecie, na obszarze którego jest położona gmina, w której jest planowana realizacja operacji, w okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o przyznanie pomocy było wyższe lub równe średniej krajowej	<input type="text"/> pkt	2 pkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Operacja jest powiązana z inwestycjami dotyczącymi tworzenia pasywnej infrastruktury szerokopasmowej lub na obszarze realizacji operacji istnieje funkcjonująca sieć szkieletowa	<input type="text"/> pkt	1 pkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Droga objęta operacją prowadzi bezpośrednio do obiektu użyteczności publicznej	<input type="text"/> pkt	2 pkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Operacja dotyczy drogi łączącej się z drogą o wyższej kategorii	<input type="text"/> pkt	3 pkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Operacja jest realizowana w porozumieniu pomiędzy gminami lub powiatami lub gminą a powiatem	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Kryterium regionalne	<input type="text"/> pkt	4 pkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OGÓŁEM punktów	<input type="text"/> pkt		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ia. Weryfikacja osiągnięcia minimalnej wymaganej liczby punktów

Minimalna liczba punktów	min	przyznana	Sprawdzający*	
			TAK	NIE
dla operacji	9 pkt	<input type="text"/> pkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Wynik oceny punktowej

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek o przyznanie pomocy uzyskał wymaganą minimalną liczbę punktów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

miejsce na liście			
Data wpisania na listę:	dd/mm/rrr	dd/mm/rrr	dd/mm/rrr

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

III. Weryfikacja limitu pomocy dla podmiotu ubiegającego się o wsparcie

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	LIMIT POMOCY	TAK	TAK
1. Limit pomocy dostępny dla podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy	<input type="text"/> , <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE
2. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu dla podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IV. Sprawdzenie dostępności środków na udzielenie pomocy

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK NIE	TAK NIE	TAK NIE
Operacja umieszczona na liście mieści się w limicie środków na operacje typu budowa lub modernizacja dróg lokalnych, dostępnych w danym województwie.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data sprawdzenia dostępności środków:			
	dd/mm/rrr	dd/mm/rrr	dd/mm/rrr

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

V. WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek o przyznanie pomocy jest przewidziany do finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRYZNANA KWOTA POMOCY:	<div><div></div> zł</div>					
słownie złotych:						

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

E: ODMOWA PRYZNANIA POMOCY/POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA/WYCOFANIE WNIOSKU W CAŁOŚCI

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

Przyczyny odmowy przyznania pomocy/pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia

Część, w której nastąpiła/o odmowa przyznania pomocy/pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia /wycofanie wniosku w całości

Zweryfikował: _____

imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził**: _____

imię i nazwisko
data i podpis

Data doręczenia pisma informującego o odmowie przyznania pomocy/ pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia/wycofaniu wniosku w całości	
	dd/mm/rrrr

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

F: ZAWARCIE UMOWY

	Weryfikujący			Sprawdzający*			Zatwierdzający		
	TAK	NIE	N/D	TAK	NIE	N/D	TAK	NIE	N/D
1. Czy podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy stawiał się w wyznaczonym terminie do zawarcia umowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1. Czy zaistniała konieczność wyznaczenia kolejnego terminu do zawarcia umowy?	<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"/>
1.2. Czy podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy stawiał się w nowym wyznaczonym terminie do zawarcia umowy?	<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"/>
2. Czy do zawarcia umowy stawili się osoby upoważnione do jej podpisania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy podpisał i złożył weksel in blanco oraz deklarację wekslową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data zawarcia (podpisania) umowy o przyznanie pomocy	
	dd/mm/rrrr
Data wysłania egzemplarza umowy do ARiMR/Data wprowadzenia do systemu danych dot. zawarcia umowy	
	dd/mm/rrrr

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

Załącznik nr 1. USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

Zakres braków/złożenie wyjaśnień

	Weryfikacja po usunięciu braków/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"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<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"/>

Notatki:

Zweryfikował: _____
imie i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imie i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imie i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym
