

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU NASTĘPCY PRAWNEGO BENEFICJENTA O PRYZNANIE POMOCY / WNIOSKU NABYWCY GOSPODARSTWA ROLNEGO LUB JEGO CZĘŚCI ALBO NABYWCY PRZEDSIĘBIORSTWA LUB JEGO CZĘŚCI O PRYZNANIE POMOCY*

	K-1/645
Działanie M19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER Program Rozwoju Obszarów Wiejskich 2014-2020	
Poddziałanie 19.2 Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność	
Typ operacji: Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność w zakresie podejmowania działalności gospodarczej (premie)	<input type="checkbox"/>
Typ operacji: Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność w zakresie rozwijania działalności gospodarczej (inne/własne)	<input type="checkbox"/>
Nazwa jednostki oceniającej wniosek	..... Urząd Marszałkowski / wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna*
Znak sprawy	
Imię i Nazwisko / Nazwa dotychczasowego Beneficjenta	
Kod PKD działalności, który został wskazany dla operacji we wniosku dotychczasowego beneficjenta	
Rodzaj zdarzenia prawnego, w konsekwencji którego został złożony wniosek następcy / wniosek nabywcy	
Numer umowy o przyznaniu pomocy dotychczasowego Beneficjenta	
Imię i Nazwisko / Nazwa Następcy Prawnego / Nabywcy Prawnego*	
Data złożenia wniosku następcy / wniosku nabywcy *	...../...../20.....
Data przyjęcia wniosku następcy / wniosku nabywcy *	...../...../20.....
Data zaistnienia zdarzenia prawnego, w konsekwencji którego został złożony wniosek następcy / wniosek nabywcy *	...../...../20.....
Wniosek następcy	<input type="checkbox"/>
Wniosek nabywcy	<input type="checkbox"/>
Etap operacji, na którym nastąpiło przejęcie operacji przez Następcę Prawnego / Nabywcę Prawnego	

* niewłaściwe skreślić

OSOBY DOKONUJĄCE OCENY WNIOSKU NASTĘPCY / WNIOSKU NABYWICY

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)

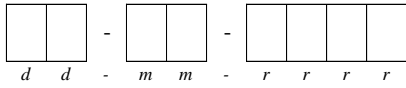
Dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający

TAK

NIE

1. Sprawdzający

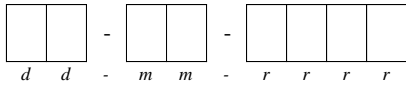
(imię i nazwisko Sprawdzającego)



.....
(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

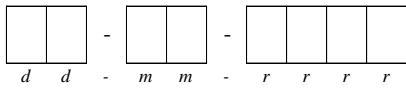


.....
(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

3. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)



.....
(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA							
		Weryfikujący			Sprawdzający*		
		TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND
1	Wniosek następcy / wniosek nabywcy został złożony po terminie przyznania pomocy dotychczasowemu beneficjentowi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Wniosek następcy / wniosek nabywcy został złożony w terminie wskazanym w rozporządzeniu 19.2 ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Wniosek następcy / wniosek nabywcy zawiera dane identyfikujące NN ubiegającego się o przyznanie pomocy, niezbędne do jej przyznania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	NN 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"/>	
5	NN 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 ³ , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	W odniesieniu do NN nie ogłoszono upadłości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A I. Wynik weryfikacji wstępnej							
		Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
		TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	Wniosek następcy / wniosek nabywcy kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego							
**Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym, a Sprawdzającym							
Zweryfikował: Imię i nazwisko Weryfikującego Data i podpis		...../...../20.....					
Sprawdził*: Imię i nazwisko Sprawdzającego Data i podpis		...../...../20.....					
Zatwierdził**: Imię i nazwisko Zatwierdzającego Data i podpis		...../...../20.....					
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:							

Uwagi:

¹Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 24 września 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach poddziałania „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020 (Dz.U. z 2019 r. poz. 664 i 2023 oraz z 2020 r. poz. 1555 oraz z 2021 r. poz. 2358).

²Rozporządzenie 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, z późn. zm.).

³Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U z 2022 r., poz. 1634 z późn. zm.).

CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA, POZIOMU I LIMITU POMOCY, WERYFIKACJA KRZYŻOWA

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników dotyczących następstwa prawnego / zbycia gospodarstwa rolnego lub jego części albo zbycia przedsiębiorstwa lub jego części

		Weryfikujący			Sprawdzający*		
		TAK	DO WEZW	N/D	TAK	DO WEZW	N/D
1.	Zgoda wraz z zawartym porozumieniem zmieniającym na przyznanie pomocy NN, podmiotów wspólnie realizujących operację	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zgłoszenie beneficjenta przekazane w formie pisemnej dot. zamiaru dokonania przeniesienia własności lub posiadania wraz z uzasadnieniem i niezbędnymi dokumentami, skierowane do Zarządu Województwa przed planowaną zmianą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Dokumenty potwierdzające fakt zaistnienia następstwa prawnego lub zaświadczenie sądu o zarejestrowaniu wniosku o stwierdzenie nabycia spadku albo wnioski o stwierdzenie nabycia spadku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Dokument potwierdzający fakt nabycia gospodarstwa rolnego lub jego części albo przedsiębiorstwa lub jego części, objętych realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie następcy prawnego beneficjenta o jego wstąpieniu w prawa i obowiązki beneficjenta wynikające z umowy o przyznaniu pomocy – oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM, załącznik B.VII.D.3 do wniosku o przyznanie pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Umowa przejęcia długu - w przypadku, gdy podmiotem ubiegającym się o przyznanie pomocy jest nabywca przedsiębiorstwa beneficjenta lub jego części	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Umowa cesji wierzytelności - w przypadku, gdy podmiotem ubiegającym się o przyznanie pomocy jest nabywca gospodarstwa rolnego lub jego części lub nabywca przedsiębiorstwa beneficjenta lub jego części i nie zostały zrealizowane przez ARiMR wszystkie płatności na rzecz beneficjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Dokumenty potwierdzające dane osób reprezentujących NN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pełnomocnictwo, jeżeli zostało udzielone przez NN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (dotyczy pełnomocnika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Oświadczenie o kwalifikowalności VAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Interpretacja przepisów prawa podatkowego (interpretacja indywidualna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Inne załączniki:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku następcy / wniosku nabywcy							
		Weryfikujący			Sprawdzający*		
		TAK	DO WEZW	N/D	TAK	DO WEZW	N/D
1.	Wniosek następcy / wniosek nabywcy został złożony na właściwym formularzu, zawiera wszystkie dane niezbędne do przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wniosek następcy / wniosek nabywcy wraz z załącznikami został podpisany przez osobę reprezentującą NN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Dane identyfikacyjne NN podane we wniosku są poprawne oraz zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Liczba załączników podana we wniosku następcy / wniosku nabywcy zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uwagi:							

B2 WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY WERYFIKACJA POZIOMU I LIMITU POMOCY

I. Pytania dotyczące spełnienia warunków przyznania pomocy NN

		Weryfikujący				Sprawdzający*			
		TAK	NIE	ND	DO WEZW	TAK	NIE	ND	DO WEZW
1.	NN spełnia warunki określone w art. 43 ust. 2 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. ¹								
1a.	NN spełnia warunki przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1b.	Przyznanie pomocy NN nie sprzeciwia się przepisom, o których mowa w art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. ¹ oraz istocie i celowi działania albo poddziałania, w ramach którego przyznano pomoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1c.	Przez NN zostaną przejęte zobowiązania związane z przyznaną pomocą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1d.	Środki finansowe z tytułu pomocy nie zostały w całości wypłacone	<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.	Na NN przeszły prawa nabyte w związku z realizacją operacji oraz inne prawa niezbędne do jej zrealizowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3.	Względy ekonomiczne uzasadniają zbycie przedsiębiorstwa/gospodarstwa lub jego części w celu kontynuacji operacji i zbycie tego przedsiębiorstwa/gospodarstwa nie jest sprzeczne z zapewnieniem trwałości operacji zgodnie z art. 71 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Zakończenie realizacji operacji i złożenie przez NN wniosku o płatność końcową, będącą refundacją kosztów kwalifikowalnych nastąpi w terminie określonym w rozporządzeniu 19.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Pytania dotyczące weryfikacji poziomu i limitu pomocy.

		Weryfikujący				Sprawdzający*			
		TAK	NIE	ND	DO WEZW	TAK	NIE	ND	DO WEZW
1.	Wnioskowana kwota pomocy przedstawiona we wniosku następcy / wniosku nabywcy została pomniejszona o dotychczas wypłacone środki pierwotnemu beneficjentowi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kwota pomocy na operację nie przekracza określonego w poddziałaniu 19.2 limitu pomocy na beneficjenta w okresie realizacji PROW na lata 2014-2020.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kwota pomocy na operację nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020

B3: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

		Weryfikujący			Sprawdzający*		
		TAK	DO WEZW	ND	TAK	DO WEZW	ND
1.	NN nie występuje jako podmiot/beneficjent w ramach działań, z którymi dokonano weryfikacji krzyżowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Nie stwierdzono wspólnego zakresu rzeczowego operacji realizowanej przez NN i podmiot, z którym dokonano weryfikacji krzyżowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....
.....

B4: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA, POZIOMU I LIMITU POMOCY, WERYFIKACJI KRZYŻOWEJ

I. Wstępny wynik weryfikacji wniosku następcy / wniosku nabywcy

	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"/>
2. Wniosek wymaga uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweryfikował: <i>Imię i nazwisko Weryfikującego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Sprawdził*: <i>Imię i nazwisko Sprawdzającego</i> <i>Data i podpis</i>						
Zatwierdził**: <i>Imię i nazwisko Zatwierdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

II. Wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

Zakres wymaganych uzupełnień/wyjaśnień (I wezwanie)

Data doręczenia NN pisma w sprawie uzupełnień/wyjaśnień	...../...../20.....
uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie	...../...../20.....
Data nadania/złożenia uzupełnień/wyjaśnień	...../...../20.....

Zakres wymaganych uzupełnień/wyjaśnień wg Załącznika nr 1 do karty weryfikacji

III. Wynik weryfikacji po uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	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"/>
2. Wniosek wymaga złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia/ do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweryfikował: <i>Imię i nazwisko Weryfikującego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Sprawdził*: <i>Imię i nazwisko Sprawdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Zatwierdził**: <i>Imię i nazwisko Zatwierdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

IV. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

Zakres wymaganych wyjaśnień (II wezwanie)

Data doręczenia NN pisma w sprawie złożenia wyjaśnień	...../...../20.....
wyjaśnienia należy złożyć w terminie	...../...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień	...../...../20.....

Zakres wymaganych wyjaśnień po weryfikacji złożonych uzupełnień/wyjaśnień w ramach I wezwania

V. Wynik weryfikacji po wyjaśnieniach						
 	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"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia / do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweryfikował: <i>Imię i nazwisko Weryfikującego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Sprawdził*: <i>Imię i nazwisko Sprawdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Zatwierdził**: <i>Imię i nazwisko Zatwierdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:						

VI. WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA, POZIOMU I LIMITU POMOCY, WERYFIKACJI KRZYŻOWEJ

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
 						
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: <i>Imię i nazwisko Weryfikującego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Sprawdził*: <i>Imię i nazwisko Sprawdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
Zatwierdził**: <i>Imię i nazwisko Zatwierdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	...../...../20.....					
*Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego						
**Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym						
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:						
Uwagi:						

CZĘŚĆ C: WIZYTA/KONTROLA

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

Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem konieczności przeprowadzenia wizyty/kontroli:

Zweryfikował: Imię i nazwisko Weryfikującego Data i podpis	...../...../20.....
Sprawdził*: Imię i nazwisko Sprawdzającego Data i podpis	...../...../20.....
Zatwierdził**: Imię i nazwisko Zatwierdzającego Data i podpis	...../...../20.....

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

II. Wstępny wynik wizyty/kontroli

Data przeprowadzenia wizyty/kontroli		...../...../20.....					
 		Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
		TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty/kontroli wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty/kontroli wynika, że wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<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.....					
Zatwierdził**: Imię i nazwisko Zatwierdzającego Data i podpis		...../...../20.....					

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

III. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

Zakres wymaganych wyjaśnień (wezwanie po wizycie/kontroli):

Data doręczenia następcy pisma

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

Wyjaśnienia należy złożyć w terminie

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

Data nadania/złożenia wyjaśnień

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

IV. 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"/>		
V. Wynik wizyty/kontroli						
	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
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					/...../20.....
Sprawdził*: Imię i nazwisko Sprawdzającego Data i podpis					/...../20.....
Zatwierdził**: Imię i nazwisko Zatwierdzającego Data i podpis					/...../20.....
*Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego						
**Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym						
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:						
Uwagi:						

CZĘŚĆ D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU NASTĘPCY / WNIOSKU NABYWCY**I. Informacje dotyczące wnioskowanej kwoty pomocy**

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
1. Całkowity koszt operacji	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
2. Koszty kwalifikowalne operacji	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
3. Kwota przyznanej pomocy pierwotnemu beneficjentowi	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
4. Wnioskowana kwota pomocy przez NN	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
5. Kwota dotychczas wypłaconej pomocy	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
6. Kwota środków wynikająca z prefinansowania operacji, pozostałe do rozliczenia: (zaliczka/wyprzedzające finansowanie)	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł
7. Kwota pomocy przysługująca NN (po uwzględnieniu wymaganych odliczeń)	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/> zł

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uwagi:

II. Weryfikacja poziomu i limitu pomocy										
		Weryfikujący			Sprawdzający*			Zatwierdzający		
		Limit pomocy			TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND
1.	Limit pomocy dostępny dla NN ubiegającego się o przyznanie pomocy, wynikający z przysługującego limitu w ramach PROW 2014-2020 na jednego beneficjenta	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Dostępny limit pomocy de minimis dla NN	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Maksymalna kwota pomocy, o przyznanie której może ubiegać się NN z uwzględnieniem dostępnego limitu	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Przyznana NN kwota pomocy	<input type="text"/>								
5.	Poziom przyznanej NN kwoty pomocy	<input type="text"/>			% kosztów kwalifikowalnych					
przyznana kwota pomocy słownie w złotych										
III. Ostateczna decyzja wynikająca z weryfikacji wniosku następcy / wniosku nabywcy										
		Weryfikujący			Sprawdzający*			Zatwierdzający		
		TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND
1.	Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnych dla NN limitów	<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.	Wniosek następcy / wniosek nabywcy został zaakceptowany i skierowany do zawarcia umowy o przyznaniu pomocy NN określającej warunki kontynuowania realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego										
Zweryfikował:										
Imię i nazwisko Weryfikującego										
Data i podpis		...../...../20.....								
Sprawdził*:										
Imię i nazwisko Sprawdzającego										
Data i podpis		...../...../20.....								
Zatwierdził:										
Imię i nazwisko Zatwierdzającego										
Data i podpis		...../...../20.....								
Uwagi:										

E: ZAWARCIE UMOWY O PRYZNANIU POMOCY NN OKREŚLAJĄCEJ WARUNKI KONTYNUOWANIA REALIZACJI OPERACJI

		Weryfikujący			Sprawdzający*			Zatwierdzający		
		TAK	NIE	N/D	TAK	NIE	N/D	TAK	NIE	N/D
1.	Czy następca prawny / nabywca ubiegający się o przyznanie pomocy stanął 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1	Czy zaistniała konieczność wyznaczenia innego 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 następca prawny / nabywca ubiegający się o przyznanie pomocy stanął 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 stanęły 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy następca prawny beneficjenta 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data zawarcia umowy następcy prawnego beneficjenta o przyznanie pomocy/...../20.....

Data wysłania umowy do ARiMR/Data wprowadzenia do systemu danych dot. zawarcia umowy/...../20.... /...../20.....

Zweryfikował: Imię i nazwisko Weryfikującego Data i podpis	...../...../20.....
	...../...../20.....
Sprawdził*: Imię i nazwisko Sprawdzającego Data i podpis	...../...../20.....
	...../...../20.....
Zatwierdził: Imię i nazwisko Zatwierdzającego Data i podpis	...../...../20.....
	...../...../20.....

*Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

CZEŚĆ F: ODMOWA PRZYZNANIA POMOCY / POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA / WYCOFANIE WNIOSKU NASTĘPCY/WNIOSKU NABYWICY

	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 pozostawienia bez rozpatrzenia / do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek został wycofany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część, w której nastąpiło /a pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku

.....

.....

.....

.....

Przyczyny pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy / wycofanie wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

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

Sprawdził*:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

Data doręczenia NN pisma informującego o pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia / odmowie przyznania pomocy / wycofaniu wniosku

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Załącznik 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					

Notatki

<i>Zweryfikował</i> <i>Imię i nazwisko</i> <i>Data i podpis</i>	
	...../...../20.....
<i>Sprawdził*</i> <i>Imię i nazwisko</i> <i>Data i podpis</i>	
	...../...../20.....
<i>Zatwierdził **</i> <i>Imię i nazwisko</i> <i>Data i podpis</i>	
	...../...../20.....

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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