

**Formularz oceny wniosku o płatność zaliczki
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata
2007-2013
Oś 1 Przedsiębiorczość**

Nazwa i adres Beneficjenta:	
Nr wniosku płatniczego:	
ID wniosku płatniczego:	
Rodzaj płatności:	
Nr umowy o dofinansowanie:	
Data złożenia/uzupełnienia wniosku o płatność:	
Wnioskowana przez Beneficjenta kwota dofinansowania:	

Lp	Zakres kontroli	Tak	Nie	Uwagi
Weryfikacja formalno-merytoryczno-finansowa				
1	Czy wniosek o płatność wpłynął w terminie przewidzianym umową (nie później niż do 15.10 danego roku)?			
2	Czy wniosek został podpisany i parafowany przez właściwe osoby (określone w umowie lub w rejestrze właściwym dla beneficjenta)?			
3	Czy wniosek został wypełniony zgodnie z aktualną instrukcją?			
4	Czy umowa dofinansowania/aneks do umowy dofinansowania dopuszcza płatności zaliczkowe?			
4	Czy wartość dofinansowania jest wyższa niż 50.000 zł?			
5	Czy jest to pierwsza umowa dofinansowania dla której beneficjent wnioskuje o zaliczkę?			
6	Czy jest to pierwsza zaliczka dla projektu?			
	Jeśli tak , to czy wnioskowana kwota nie przekracza 50% przyznanego dofinansowania oraz czy – w przypadku wcześniejszych wniosków o refundację - po wypłacie zaliczki			

	pozostanie jeszcze 15% przyznanego dofinansowania do rozliczenia w formie refundacji.			
7	Czy jest to druga zaliczka dla projektu?			
	Jeśli tak , to czy wnioskowana kwota nie przekracza 35% przyznanego dofinansowania oraz czy – w przypadku wcześniejszych wniosków o refundację - po wypłacie zaliczki pozostanie jeszcze 15% przyznanego dofinansowania do rozliczenia w formie refundacji.			
	Czy nastąpiło złożenie wniosku o płatność dotyczącego pierwszej zaliczki?			
	Czy pierwsza zaliczka została rozliczona?			
8	Czy zostało wyodrębnione konto na potrzeby zaliczki?			
9	Czy beneficjent dostarczył prawidłowe wymagane zabezpieczenie wypłaty środków w przypadku zaliczki?			
10	Czy „Postęp rzeczowo-finansowy realizacji Projektu” został wypełniony prawidłowo			
11	Czy „Wskaźniki realizacji Projektu” zostały właściwie wypełnione			
12	Czy Beneficjent wypełnił „Harmonogram wydatków na kolejne kwartały”			
13	Czy informacje o zgodności realizacji projektu z zasadami polityk wspólnotowych zostały wypełnione właściwie			

Imię i nazwisko pracownika dokonującego weryfikacji, podpis, pieczęć, data

Imię i nazwisko pracownika dokonującego weryfikacji, podpis, pieczęć, data

1. _____

2. _____

REKOMENDACJA PŁATNOŚCI

Imię i nazwisko Kierownika RIF, podpis, pieczęć, data

3. _____

Płatność dokonana w dniu.....

Podpis pracownika.....