

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU NASTĘPCY O PRZYZNANIE POMOCY

K/294

Oś 3: Jakość życia na obszarach wiejskich i różnicowanie gospodarki wiejskiej

Działanie 321: Podstawowe usługi dla gospodarki i ludności wiejskiej

- | |
|--|
| |
| |
| |
| |

Nazwa jednostki oceniającej wniosek: Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
Znak sprawy
Numer umowy:
Nazwa dotychczasowego Beneficjenta:
Nazwa Następcy
Data przyjęcia wniosku:/...../20.....
Tytuł operacji:

CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie i miejscu wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Następcą nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Wynik weryfikacji wstępnej:

	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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

Uwagi:

.....

CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA ORAZ POZIOMU POMOCY

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO UZUP.	N/D	TAK	DO UZUP.	N/D
A. Załączniki dotyczące następcy:						
1. Dokumenty potwierdzające zaistnienie następstwa prawnego - kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dokumenty stanowiące podstawę utworzenia i funkcjonowania następcy – kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Dokumenty potwierdzające dane osób reprezentujących następcę - kopie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Decyzja o nadaniu Numeru Identyfikacji Podatkowej (NIP) – kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pełnomocnictwo, jeżeli zostało udzielone – oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Inne załączniki	<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"/>	

II. Weryfikacja wniosku

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą następcę/pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dane identyfikacyjne następcy wpisane we wniosku są poprawne oraz zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Liczba załączników podana we Wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi: (w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

.....

.....

.....

.....

.....

¹kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub notariusza lub przez pracownika urzędu marszałkowskiego/ wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania związane z przyznawaniem pomocy

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA ORAZ POZIOMU POMOCY

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO UZUP.	N/D	TAK	NIE	DO UZUP.	N/D
1. Następcą jest: gmina; jednoosobowa spółka gminy; gminny zakład budżetowy, związek międzygminny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Operacja realizowana jest w miejscowości należącej do: gminy wiejskiej; gminy miejsko-wiejskiej, z wyłączeniem miast liczących powyżej 5000 mieszkańców lub gminy miejskiej z wyłączeniem miejscowości liczących powyżej 5000 mieszkańców lub w miejscowości liczącej nie więcej niż 50 000 mieszkańców - w przypadku operacji dotyczącej budowy, przebudowy, remontu lub wyposażenia targowiska stałego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Operacja jest zgodna z celami wymienionymi w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 i jej realizacja pozwoli na osiągnięcie tych celów	<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 2007-2013 oraz Rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Wnioskowana kwota pomocy przedstawiona we wniosku została pomniejszona o dotychczas wypłacone środki	<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. Dane finansowe we wniosku są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi: (w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

CZĘŚĆ C: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA ORAZ POZIOMU POMOCY

I. Wstępny wynik

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga uzupełnień/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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....
.....
.....

II. Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień:

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

Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu I uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji C.1.

III. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga II uzupełnień/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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

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:

.....
.....
.....

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień:

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

Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień oraz weryfikacja po złożeniu II uzupełnień/wyjaśnień wg załącznika do karty weryfikacji C.2.

V. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach:

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

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:
.....
.....
.....

VI. Wynik weryfikacji kompletności i poprawności, zgodności z zasadami przyznawania oraz poziomu pomocy

	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"/>

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:*

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ D: WERYFIKACJA RZETELNOŚCI ORAZ WIZYTACJI W MIEJSCU

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający *	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Następca spełnia wymogi rzetelności w odniesieniu do wszelkich wcześniejszych współfinansowanych operacji, podjętych od 2000 r. w ramach PO SAPARD, SPO „Restrukturyzacja i modernizacja sektora żywnościowego oraz rozwój obszarów wiejskich 2004-2006”, PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny Wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizytacji w miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:*

Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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:

.....

.....

.....

I. Wstępny wynik wizytacji w miejscu

Data przeprowadzenia wizytacji w miejscu/...../20.....

Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizytacji w miejscu wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający *	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego/...../20.....

Data i podpis/...../20.....

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego/...../20.....

Data i podpis/...../20.....

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego/...../20.....

Data i podpis/...../20.....

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....
.....

II. Zakres wymaganych wyjaśnień:

Data doręczenia następcy pisma :/...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:/...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień:/...../20.....

	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"/>
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"/>

III. Wynik wizytacji w miejscu

	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"/>

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk:

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:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CZĘŚĆ E: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

Ostateczna decyzja wynikająca z weryfikacji wniosku

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający TAK
1. Wniosek jest przeznaczony do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Przyznana kwota pomocy:	<input type="text"/>	zł, stanowi <input type="text"/>	% kosztów kwalifikowalnych
słownie złotych:	<div></div>		
<div></div>			
Zweryfikował:			
Imię i nazwisko Weryfikującego <div></div>			
Data i podpis <div></div>/...../20....			
Sprawdził:			
Imię i nazwisko Sprawdzającego <div></div>			
Data i podpis <div></div>/...../20....			
Zatwierdził:			
Imię i nazwisko Zatwierdzającego <div></div>			
Data i podpis <div></div>/...../20....			
Uwagi:			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			

CZĘŚĆ F: ODMOWA PRYZNANIA POMOCY/WYCOFANIE WNIOSKU

Część karty, w której nastąpiła/o odmowa przyznania pomocy/wycofanie wniosku	
Przyczyny odmowy przyznania pomocy	

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 następcy pisma informującego o odmowie przyznania pomocy/wycofaniu wniosku/...../20.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....