

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY

w zakresie operacji polegającej na przygotowaniu projektu współpracy

K-1/013_P

PROW 2007-2013

Oś 4 LEADER

Działanie: 421 Wdrażanie projektów współpracy

Nazwa jednostki oceniającej wniosek:

	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna
Znak sprawy:
Nazwa Wnioskodawcy (LGD):
Data przyjęcia wniosku:/...../20.....
Tytuł operacji:
Akronim tytułu projektu współpracy:

CZĘŚĆ A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	NIE	
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. We wniosku wskazano adres albo istnieje możliwość ustalenia tego adresu na podstawie posiadanych danych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wnioskodawca jest LGD wybraną do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. LGD nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<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"/>

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....

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWA

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI FORMALNEJ

I. Weryfikacja załączników	Weryfikujący	Adnotacje
	DO	
	TAK UZUP ND	
A. Załączniki dotyczące LGD		
1. Statut LGD (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
2. Odpis z KRS (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
B. Załączniki dotyczące operacji		
3. a. Oświadczenie LGD o kwalifikowalności VAT, jeżeli LGD będzie się ubiegać się o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych - oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone - oryginał lub kopia ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
5. Oświadczenie partnera projektu współpracy - oryginał sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Weryfikujący	Adnotacje
	DO	
	TAK UZUP ND	
C. Inne załączniki		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
6.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
7.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
8.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
9.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
10.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

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

II. Weryfikacja wniosku

	Weryfikujący DO		Adnotacje
	TAK	UZUP	
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w szczególności:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą LGD/ pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 Dane LGD wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4 Dane finansowe we wniosku i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uwagi:			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
<div></div>			

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY

	Weryfikujący DO			Adnotacje
	TAK	UZUP	NIE	
1. Cel projektu współpracy jest zgodny z LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Operacja jest zgodna z celami wymienionymi w PROW 2007-2013 i jej realizacja pozwoli na osiągnięcie celów wskazanych we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Partnerzy projektu współpracy na podstawie dostarczonych oświadczeń spełniają kryteria wskazane w art. 39 ust. 2 rozporządzenia (WE) 1974/2006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Operacja jest realizowana w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy przyznania pomocy, w nie więcej niż 2 etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność ostateczną obejmującą co najmniej 25% łącznej planowanej kwoty pomocy, nastąpi do dnia 31 grudnia 2013r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Koszty kwalifikowalne w opisie zadań są zgodne z kosztami kwalifikowalnymi w ramach działania oraz z zasadami dotyczącymi kwalifikowalności kosztów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uwagi:				
<div></div>				
<div></div>				
<div></div>				
<div></div>				
<div></div>				
<div></div>				
<div></div>				

B3: WERYFIKACJA LIMITU I POZIOMU POMOCY

	Weryfikujący DO		Adnotacje
	TAK	UZUP	
1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza przysługującego LGD limitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza wysokości kosztów kwalifikowalnych operacji wskazanych w Planie finansowym operacji i Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
3. Płatność ostateczna będzie stanowiła nie mniej niż 25% łącznej planowanej wysokości pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

B4: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW

	Weryfikujący DO		Adnotacje
	TAK	UZUP	
1. Planowany zakres rzeczowy jest uzasadniony celami i planowanymi efektami operacji - ZASADNOŚĆ ZAKRESU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2. Koszty kwalifikowalne odpowiadają cenom rynkowym i są właściwie uzasadnione - ZASADNOŚĆ POZIOMU KOSZTÓW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
3. Planowane do poniesienia koszty są uzasadnione planowanymi do osiągnięcia celami i efektami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

B5: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

Weryfikacja krzyżowa w ramach działań PROW 2007-2013:
- 421 "Wdrażanie projektów współpracy",
- 413_MP "Wdrażanie lokalnych strategii rozwoju" w zakresie małych projektów,
oraz operacji finansowanych w ramach KSOW.

Data doręczenia pisma do Sekretariatu Centralnego KSOW:/...../20.....
Data wpływu kopii żądanych dokumentów:/...../20.....

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	DO UZUP	
1. Operacja, o której wsparcie ubiegają się LGD nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach ww. działań:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Operacja, o której wsparcie ubiegają się LGD nie ma wspólnego zakresu rzeczowego z inną realizowaną / zrealizowaną operacją w ramach operacji finansowanych przez KSOW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B6: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYŻNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW, KRZYŻOWEJ

I. Wstępny 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 wymaga uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis/...../20... ..

Sprawdził:
Imię i nazwisko Sprawdzającego
Data i podpis/...../20... ..

Zatwierdził*
Imię i nazwisko Zatwierdzającego
Data i podpis/...../20... ..

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:*
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. Zakres wymaganych I uzupełnień/wyjaśnień

wg załącznika nr 1	
Data doręczenia LGD pisma w sprawie I uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....
I uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20.....
Data nadania/złożenia I uzupełnień/wyjaśnień przez LGD :/...../20.....

III. Wynik weryfikacji po I uzupełnieniach/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 wymaga II uzupełnień/wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego.....

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego.....

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

Zatwierdził*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego.....

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień

wg załącznika nr 2	
Data doręczenia LGD pisma w sprawie II uzupełnień/wyjaśnień:/...../20.....
II uzupełnienia/wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20.....
Data nadania/złożenia II uzupełnień/wyjaśnień przez LGD :/...../20.....

V. Wynik weryfikacji po II uzupełnieniach/wyjaśnieniach

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający* TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny w pełnym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny z opisem zadań w ograniczonym zakresie	<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 Zatwierdzającego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień:

[illegible]

Data doręczenia LGD pisma w sprawie wyjaśnień:/...../20.....
Dodatkowe wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20.....
Data nadania/złożenia dodatkowych wyjaśnień przez LGD :/...../20.....

[illegible]

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

Uwagi

B7: AKTUALIZACJA SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ

	Weryfikujący		Adnotacje
	TAK	NIE	
1. Dokonano aktualizacji opisu zadań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kwota korekty kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł
3. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

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

Zatwierdził*

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ C: WERYFIKACJA RZETELNOŚCI ORAZ WIZYTACJA W MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU

Weryfikujący*

Adnotacje

TAK

NIE

1. LGD ubiegająca się o przyznanie pomocy spełnia wymogi rzetelności w odniesieniu do wszelkich wcześniejszych współfinansowanych operacji, podjętych od 2000r. W ramach PO SAPARD, SPO "Restrukturyzacja i modernizacja sektora żywnościowego oraz rozwoju obszarów wiejskich 2004-2006", PROW 2004-2006 oraz PROW 2007-2013

☐
☐

2. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizytacji w miejscu/ wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu

☐
☐

Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem konieczności przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na 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...

** W przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego decyzję podejmuje Zatwierdzający*

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

I. Wstępny wynik wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu

Data przeprowadzenia wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu:/...../20.....					
	Weryfikujący TAK NIE		Sprawdzający TAK NIE		Zatwierdzający * TAK NIE	
Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na miejscu 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"/>

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...

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:

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

II. Zakres wymaganych wyjaśnień

wg załącznika nr 3

Data doręczenia LGD pisma w sprawie wyjaśnień:/...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie do dnia:/...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez LGD:/...../20.....

III. Wynik wizytacji w miejscu / wizytacji w miejscu w trybie kontroli na 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"/>

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...

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego:
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CZĘŚĆ D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. Wynik weryfikacji wniosku

	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do przyznania pomocy w pełnym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do przyznania pomocy z opisem zadań w ograniczonym zakresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek nie kwalifikuje się do przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Aktualizacja zestawienia rzeczowo - finansowego operacji i opsu zadań

	Weryfikujący TAK	NIE		Adnotacje
1. Dokonano aktualizacji opisu zadań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Kwota korekty kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	
3. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	
4. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Kwota korekty kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	
6. Ostateczna kwota kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	
7. Ostateczna wnioskowana kwota dofinansowania	<input type="text"/>	<input type="text"/>	zł	

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 (pole wypełniane w sytuacji rozbieżności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego):

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

Uwagi:

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

Data doręczenia LGD pisma informującego o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku/...../20.....
---	---------------------

CZĘŚĆ E: POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA / ODMOWA PRZYZNANIA POMOCY / WYCOFANIE WNIOSKU			
	Weryfikujący TAK	Sprawdzający TAK	Zatwierdzający TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek został wycofany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Część, w której nastąpiło/a <i>pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku</i>	<div></div>		
Przyczyny: <i>pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy / wycofania wniosku</i>	<div></div>		

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 (pole wypełniane w sytuacji rozbieżności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego):

Data doręczenia LGD pisma informującego o odmowie przyznania pomocy / wycofaniu wniosku/...../20.....
---	---------------------