

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU
O PRYZNANIE POMOCY**

w zakresie operacji polegającej na realizacji projektu współpracy

K-1/013_R

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. Przynajmniej jedna spośród LGD ubiegających się o wsparcie nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Przynajmniej jedna spośród LGD ubiegających się o wsparcie jest wybrana do realizacji LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Rozpatrywany wniosek jest jedynym wnioskiem dotyczącym danego projektu współpracy złożonym do któregokolwiek UM przez wnioskodawców	<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 ORAZ ZALICZKI

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI FORMALNEJ

I. Weryfikacja załączników	Weryfikujący			Adnotacje
	DO			
A. Załączniki dotyczące LGD	TAK	UZUP	ND	
1. Statut LGD (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Odpis z KRS (załącznik obowiązkowy, jeżeli uległ zmianie) - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Umowa partnerska - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Pełnomocnictwo (pełnomocnictwa) potwierdzające umocowanie jednej z LGD krajowych do działania w imieniu pozostałych LGD krajowych w toku postępowania w sprawie przyznania pomocy - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Załączniki dotyczące operacji				
5. a. Oświadczenie LGD o kwalifikowalności VAT, jeżeli LGD będzie się ubiegać się o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych - oryginal sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Oświadczenie partnera projektu współpracy - oryginal sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Kwalifikacje i doświadczenie osoby koordynującej oraz nadzorującej wdrażanie, finansowanie, promocję oraz monitorowanie projektu współpracy - załącznik sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Dokument potwierdzający tytuł prawny do nieruchomości, na której realizowana będzie operacja - w przypadku operacji przestrzennie umiejscowionych - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Oświadczenie właściciela(li) lub współwłaściciela(li) lub posiadacza samoistnego nieruchomości, że wyraża(ją) on(i) zgodę na realizację operacji bezpośrednio związanej z nieruchomością, jeżeli operacja jest realizowana na terenie nieruchomości będącej w posiadaniu zależnym lub będącej przedmiotem współwłasności - oryginal sporządzony na formularzu udostępnionym przez UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji innych obiektów, o której mowa w art. 38 ust 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych (Dz.U. 2004 Nr 223 poz. 2268 z późn.zm) w przypadku, gdy w ramach prowadzonej działalności LGD świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Przyrzeczenie zaszerzowania obiektu do odpowiedniego rodzaju i kategorii (promesa) wydane na podstawie art.39a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych lub decyzja określająca kategorię obiektu hotelarskiego, nadana na podstawie art.38 ust.1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o usługach turystycznych (Dz. U. 2004 Nr 223 poz. 2268 z późn. zm.) w przypadku gdy w ramach prowadzonej działalności LGD świadczy usługi polegające na udostępnianiu miejsc noclegowych, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy - oryginal lub kopia ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13. Dokument potwierdzający numer rachunku bankowego beneficjenta lub jego pełnomocnika lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo – kredytową (w przypadku, gdy przynajmniej jedna LGD ubiega się o zaliczkę)
- oryginał lub kopia¹

--	--	--	--

C. Inne załączniki

Weryfikujący
DO
TAK UZUP ND

Adnotacje

14.			
15.			
16.			
17.			

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
TAK UZUP

Adnotacje

1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu			
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w szczególności:			
2.1 Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę reprezentującą koordynującą LGD / krajową koordynującą LGD / pełnomocnika			
2.2 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych			
2.3 Dane wszystkich LGD wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach			
2.4 Dane finansowe we wniosku i załącznikach są zgodne i poprawne pod względem rachunkowym			

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

	Weryfikujący DO			Adnotacje
	TAK	UZUP	NIE	
1. Cel projektu współpracy jest zgodny z celami LSR wszystkich LGD ubiegających się o wsparcie	<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 zakładanych celów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Cele projektu współpracy są mierzalne, określone w czasie i możliwe do osiągnięcia w okresie jego realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Umowa partnerska zawiera w szczególności elementy wskazane w § 10 ust. 3 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Umowa partnerska została podpisana przez wszystkich partnerów projektu współpracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 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"/>	
7. Dla projektu współpracy wyznaczono osobę koordynującą oraz nadzorującą wdrażanie, finansowanie, promocję i monitorowanie projektu współpracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Projekt współpracy jest realizowany w okresie nie dłuższym niż 48 miesięcy w nie więcej niż 8 etapach, przy czym w jednym roku w nie więcej niż czterech etapach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Zakończenie realizacji projektu współpracy i złożenie wniosku/wniosków o płatność ostateczną nastąpi do dnia 30 czerwca 2015r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Wykluczenie któregośkolwiek partnera projektu współpracy nie powoduje braku możliwości realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B3: WERYFIKACJA LIMITU I POZIOMU POMOCY

	Weryfikujący DO		Adnotacje
	TAK	UZUP	
1. Wnioskowane przez LGD ubiegające się o wsparcie kwoty pomocy nie przekraczają przysługujących im limitów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data sprawdzenia dostępności środków dla partnerów ubiegających się o wsparcie	... / ... / 20.....		
2. Wnioskowane przez poszczególne LGD kwoty pomocy nie przekraczają wysokości kosztów kwalifikowalnych wskazanych w Planie finansowym operacji i Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

B4: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI PLANOWANYCH DO PONIESIENIA KOSZTÓW

	Weryfikujący DO		Adnotacje
	TAK	UZUP	
1. Planowane do poniesienia koszty są uzasadnione planowanymi do osiągnięcia celami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B5: WERYFIKACJA ZALICZKI

	Weryfikujący DO			Adnotacje
	TAK	UZUP	ND	
1. Wnioskowana kwota zaliczki przez poszczególne LGD nie przekracza limitu określonego w obowiązujących przepisach prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II ORAZ KRZYŻOWEJ

wg części A.1-A5 załącznika nr 1

WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADMI PRZYZNAWANIA POMOCY, LIMITU I POZIOMU POMOCY, RACJONALNOŚCI KOSZTÓW ORAZ KRZYŻOWEJ SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II

wg części A.6 I załącznika nr 1

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

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 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 I uzupełnień/wyjaśnień

wg załącznika nr 2

Data doręczenia koordynującej LGD / krajowej koordynującej 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 koordynującą LGD / krajową koordynującą 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 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Zakres wymaganych II uzupełnień/wyjaśnień

wg załącznika nr 3

Data doręczenia koordynującej LGD/krajowej koordynującej 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 koordynującą LGD / krajową koordynującą 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 dalszej oceny w ograniczonym zakresie bez opisu zadań	<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 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

VI.a Wynik dodatkowych wyjaśnień

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

AKTUALIZACJA SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ dla etapu I i II
wg części A7: załącznika nr 1

CZĘŚĆ C: WERYFIKACJA RZETELNOŚCI

Adnotacje

NIE

- 11

11

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

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

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

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

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego

[illegible]

**WIZYTACJA W MIEJSCU / WIZYTACJA W MIEJSCU W TRYBIE KONTROLI NA MIEJSCU W
ODNIESIENIU DO SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II**

wg części B załącznika nr 1

OCENA KOŃCOWA SZCZEGÓŁOWEGO OPISU ZADAŃ DLA ETAPU I i II

wg. części C załącznika nr 1

CZĘŚĆ D: OCENA PUNKTOWA PROJEKTU WSPÓŁPRACY**I. Ocena punktowa projektu współpracy**

	Weryfikujący	Adnotacje
1. W realizację projektu współpracy zaangażowanych jest więcej niż dwóch partnerów (0 albo 4 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
2. W projekcie współpracy została określona i opisana grupa podmiotów, do których ten projekt jest skierowany lub których udział założono w realizacji projektu (0 albo 4 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
3. Cele projektu współpracy są zgodne z więcej niż jednym celem szczegółowym LSR przynajmniej jednej LGD krajowej uczestniczącej w realizacji danego projektu współpracy (0 albo 3 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
4. Projekt współpracy ma innowacyjny charakter dla danego obszaru (0 albo 3 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
5. Projekt współpracy opiera się na lokalnych zasobach (0 albo 3 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
6. Zadania objęte projektem współpracy wykraczają poza wymianę doświadczeń między partnerami (0 albo 8 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
7. Realizacja projektu współpracy pozwoli na pobudzenie lub utrzymanie aktywności środowisk lokalnych w trakcie lub po zakończeniu realizacji projektu (0 albo 6 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
8. Zarządzanie projektem współpracy – kwalifikacje i doświadczenie koordynatora istotne z punktu widzenia realizacji projektu współpracy, a jeżeli żadna z LGD krajowych uczestniczących w realizacji międzynarodowego projektu współpracy nie jest koordynującą LGD, o której mowa w art. 39 ust. 1 rozporządzenia 1974/2006 - kwalifikacje i doświadczenie koordynatora krajowego:		
8.1 w przypadku międzynarodowych projektów współpracy – udokumentowana znajomość co najmniej jednego języka roboczego Unii Europejskiej (angielski, niemiecki lub francuski) lub języka kraju, z którego pochodzi partner projektu współpracy (0 albo 5 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
8.2 udokumentowane doświadczenie w zarządzaniu projektami o zakresie podobnym do zakresu ocenianego projektu współpracy:	<input type="text"/> pkt	_____
a) powyżej 2 projektów - 4 pkt		
b) 1 lub 2 projekty - 2 pkt		
c) brak doświadczenia 0 pkt		
9. Budżet projektu współpracy zakłada proporcjonalny podział wydatków między partnerów (0 albo 2 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
10. Budżet projektu współpracy odpowiada planowanym zadaniom (0 albo 4 pkt)	<input type="text"/> pkt	_____
11. Projekt współpracy jest projektem:	<input type="text"/> pkt	_____
1) zintegrowanym - 4 pkt		
2) symetrycznym - 2 pkt		
3) żadnym z wymienionych w pkt 1 lub 2 - 0 pkt		
12. Suma punktów uzyskanych z oceny projektu współpracy	<input type="text"/> pkt	_____

II. Wynik oceny punktowej projektu współpracy

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Projekt współpracy uzyskał minimum 60% punktów	<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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ E: 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 kwalifikuje się do przyznania pomocy w ograniczonym zakresie bez opisu zadań	<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 (pole wypełniane w sytuacji rozbieżności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

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

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

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

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

[illegible]

<p>CZĘŚĆ F: POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA / ODMOWA PRZYZNANIA POMOCY / WYCOFANIE WNIOSKU</p>

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
1. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
3. Wniosek został wycofany	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
Część, w której nastąpiło/a <i>pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia / odmowa przyznania pomocy / wycofanie wniosku</i>	<div style="border-top: 1px dotted black; height: 80px;"></div>		
Przyczyny: <i>pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia / odmowy przyznania pomocy / wycofania wniosku</i>	<div style="border-top: 1px dotted black; height: 200px;"></div>		

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):

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

WERYFIKACJA DOKUMENTÓW PRAWNEGO ZABEZPIECZENIA ZALICZKI

Zatwierdzający*

NIE

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

This image shows a single page from a notebook or ledger. It features approximately 28 evenly spaced horizontal blue ruling lines across its entire width. The left edge of the page has rounded corners. There are no margins, text, or other markings present on the surface.

.....

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

.....

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

.....

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

.....

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