

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE

Program Operacyjny "Rybacktwo i Morze"

Priorytet 4: Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej
działanie: Realizacja lokalnych strategii rozwoju kierowanych przez
społeczność z wyłączeniem projektów grantowych

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|---|--|--|--|--|
| Znak sprawy: | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko/ Nazwa wnioskodawcy | | | | | | | | | | | |
| Data złożenia wniosku: | <table><tr><td></td><td></td><td>–</td><td></td><td></td><td>–</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | – | | | – | | | | |
| | | – | | | – | | | | | | |
| Data potwierdzająca dostępność środków: | <table><tr><td></td><td></td><td>–</td><td></td><td></td><td>–</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | – | | | – | | | | |
| | | – | | | – | | | | | | |

Osoby dokonujące oceny wniosku o dofinansowanie

1. Weryfikujący

(imię i nazwisko Weryfikującego)

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

1a. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

1b. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Sprawdzający

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2a. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

2b. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

| | Weryfikujący | | Sprawdzający | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Wnioskodawca nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o przyznanie pomocy, o którym mowa w art. 210 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, przepisów Unii Europejskiej lub przepisów odrębnych. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wnioskodawca nie jest wpisany do rejestru naruszeń, o którym mowa w art. 80 ustawy z dnia 19 grudnia 2014 r. o rybołówstwie morskim - (nie dotyczy LGD realizujących operacje własne) | <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 |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej weryfikacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym
Uwagi/ Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, POZIOMU I LIMITU POMOCY ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników wnioskodawcy

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| A.1. Osoba fizyczna, osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Dokument tożsamości. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Zaświadczenie z właściwej Ewidencji Ludności o miejscu pobytu stałego lub czasowego, w przypadku gdy dowód osobisty został wydany na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 29 stycznia 2015 r. w sprawie wzoru dowodu osobistego oraz sposobu i trybu postępowania w sprawach wydawania dowodów osobistych, ich utraty, uszkodzenia, unieważnienia i zwrotu (Dz. U. poz. 212), zgodnie z którym w treści dowodu brak jest adresu zameldowania lub gdy jest ono różne od miejsca zameldowania na pobyt stały, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o dofinansowanie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.2. Osoba prawna / jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną/ państwowa jednostka organizacyjna. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Umowa spółki lub statut osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej albo statut instytutu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dokument(-y) określający(-e) lub potwierdzający(-e): zdolność prawną oraz posiadanie siedziby lub prowadzenie działalności na obszarze objętym LSR przez jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.3. Spółka cywilna. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Umowa spółki cywilnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Uchwała wspólników spółki cywilnej, wskazująca stronę, która jest upoważniona do ubiegania się o pomoc w imieniu pozostałych stron, o ile porozumienie (umowa) spółki nie zawiera takiego upoważnienia (w przypadku, gdy taka uchwała została podjęta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Załączniki wspólne | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 1. Decyzja o wpisie producenta do ewidencji producentów albo Wniosek o wpis do ewidencji producentów, o której mowa w przepisach o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności lub zaświadczenie o nadanym numerze identyfikacyjnym w ewidencji producentów | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 2. Plan biznesowy operacji (w przypadku, gdy operacja realizowana jest w ramach celów, o których mowa w § 2 pkt 1-4 rozporządzenia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| 3. Formularze rozliczeniowe Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o dofinansowanie (w przypadku, gdy wnioskodawca, prowadzi działalność gospodarczą i w związku z realizacją operacji planuje utworzenie / utrzymanie miejsc pracy) albo Oświadczenie wnioskodawcy o niezatrudnianiu pracowników wraz z formularzem ZUS ZUA (w przypadku, gdy wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą i w związku z realizacją operacji planuje utworzenie miejsc pracy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dokumenty identyfikujące miejsce pracy wraz z uzasadnieniem jego utrzymania (w przypadku, gdy wnioskodawca w związku z realizacją operacji planuje utrzymanie miejsc(a) pracy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis albo Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis przez przedsiębiorcę wykonującego usługę świadczoną w ogólnym interesie gospodarczym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Oświadczenie wnioskodawcy o nie uzyskaniu pomocy de minimis albo Zaświadczenie(a) o pomocy de minimis jakie wnioskodawca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w okresie 2 poprzedzających go lat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT dla wnioskodawcy będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, jeżeli wnioskodawca będzie ubiegał się o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych, albo Oświadczenie o kwalifikowalności VAT dla wnioskodawcy będącego osobą fizyczną, jeżeli wnioskodawca będzie ubiegał się o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dokumenty uzasadniające przyjęty poziom cen dla danego zadania (w przypadku dóbr niestandardowych, które nie znajdują się w obrocie powszechnym) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pełnomocnictwo, jeżeli zostało udzielone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Informacja o numerze wyodrębnionego rachunku bankowego, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową w przypadku, gdy wnioskodawca ubiega się o zaliczkę | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Inne pozwolenia, zezwolenia, decyzje i inne dokumenty potwierdzające spełnienie warunków przyznania pomocy (w przypadku, gdy uzyskanie ich jest wymagane przez odrębne przepisy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11a. Pozwolenie wodnoprawne na szczególne korzystanie z wód | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11b. Decyzja o środowiskowych uwarunkowaniach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Załączniki dotyczące robót budowlanych | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Kosztorys inwestorski | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Decyzja o pozwoleniu na budowę | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| <div></div> <div>Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych właściwemu organowi - wraz z: 3. - oświadczeniem, że w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu albo - potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych</div> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mapy lub szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne dotyczące umiejscowienia operacji (w przypadku, gdy projekt budowlany nie jest przedkładany) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Załączniki dotyczące następstwa prawnego | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 1. Dokument potwierdzający fakt zaistnienia następstwa prawnego albo Dokument potwierdzający nabycie przedsiębiorstwa lub jego części | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Oświadczenie Następcy prawnego Beneficjenta o jego wstąpieniu w prawa i obowiązki Beneficjenta wynikające z umowy o dofinansowanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Inne załączniki dotyczące operacji | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | |

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Wniosek został podpisany w wyznaczonych miejscach przez Wnioskodawcę/ osobę reprezentującą Wnioskodawcę / Pełnomocnika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Dane finansowe we wniosku oraz uproszczonym planie biznesowym operacji są poprawne pod względem rachunkowym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w załącznikach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Uwagi:

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

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

| <div></div> | Weryfikujący | | | | Sprawdzający | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | ND | TAK | NIE | DO WEZW. | ND |
| 1. Wnioskodawcą jest osoba fizyczna/osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 1a. Wnioskodawcą jest osoba fizyczna, która w dniu składania wniosku o dofinansowanie nie ukończyła 40 roku życia - w przypadku operacji, o której mowa w § 4 pkt 1 lit. b rozporządzenia | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wnioskodawcą jest osoba prawna | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wnioskodawcą jest jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wnioskodawcą są wspólnicy spółki cywilnej | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Operacja będzie realizowana na obszarze objętym LSR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. W odniesieniu do wnioskodawcy nie ogłoszono upadłości ani nie wszczęto postępowania restrukturyzacyjnego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Operacja jest zgodna z celem określonym w rozporządzeniu dla Priorytetu 4 zawartym w PO RiM na lata 2014-2020 a jej realizacja pozwoli na osiągnięcie zakładanych wskaźników | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność końcową, będącą refundacją kosztów kwalifikowalnych, nastąpi w terminie określonym w rozporządzeniu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w rozporządzeniu dla Priorytetu 4 zawartego w Programie Operacyjnym "Rybnactwo i Morze" na lata 2014 -2020. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Koszty kwalifikowalne planowane do poniesienia w ramach operacji odpowiadają kosztom poszczególnych celów i związane są z kosztami realizacji operacji na obszarze LSR (nie dotyczy realizacji celu, o którym mowa w § 2 pkt 5 oraz operacji, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. c i §7 pkt 1 lit. b) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Koszty kwalifikowalne planowane do poniesienia w ramach operacji nie zawierają kosztów niekwalifikowalnych, o których mowa w § 11 pkt 1 - 4 oraz 6 - 8 rozporządzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Koszty kwalifikowalne obejmują koszty ogólne, które mają bezpośredni związek z realizacją operacji a ich wysokość nie przekracza 10% wartości netto operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Operacja dotyczy inwestycji w zakresie budowy, robót budowlanych, przebudowy i remontu obiektu budowlanego, w rozumieniu przepisów prawa budowlanego, lub zakupu narzędzi i urządzeń lub innego wyposażenia technicznego. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Operacja zakłada utworzenie lub utrzymanie co najmniej jednego miejsca pracy lub podjęcie działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej i wynika to z celu realizowanej operacji, w przypadku operacji, o których mowa w § 2 pkt 1 lub § 2 pkt 2 rozporządzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. | Operacja zakłada osiągnięcia celu operacji i zachowania tego celu przez: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15a. | 5 lat, w przypadku operacji polegającej na inwestycji, o której mowa w § 14 rozporządzenia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15b. | 3 lata, w przypadku operacji polegających na utworzeniu lub utrzymaniu miejsca pracy lub podjęciu działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Operacja zakłada utrzymanie miejsc pracy do dnia, w którym upływie 3 lata od dnia wypłaty płatności końcowej. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Operacja dotyczy podnoszenia wartości produktów, tworzenie miejsc pracy, zachęcanie młodych ludzi i propagowanie innowacji na wszystkich etapach łańcucha dostaw produktów w sektorze rybołówstwa i akwakultury | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Operacja dotyczy wspierania różnicowania działalności w ramach rybołówstwa przemysłowego i poza nim, wspieranie uczenia się przez całe życie i tworzenie miejsc pracy na obszarach rybackich i obszarach akwakultury | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Operacja dotyczy wspierania i wykorzystywania atutów środowiska na obszarach rybackich i obszarach akwakultury, w tym operacje na rzecz łagodzenia zmian klimatu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Operacja dotyczy propagowania dobrostanu społecznego i dziedzictwa kulturowego na obszarach rybackich i obszarach akwakultury, w tym dziedzictwa kulturowego, rybołówstwa i akwakultury oraz morskiego dziedzictwa kulturowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Operacja dotyczy powierzenia społecznościom rybackim ważniejszej roli w rozwoju lokalnym oraz zarządzaniu lokalnymi zasobami rybołówstwa i działalnością morską | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B3: WERYFIKACJA POZIOMU I LIMITU POMOCY

I. Weryfikacja poziomu pomocy operacji

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| 1. Intensywność pomocy nie przekracza poziomu określonego w rozporządzeniu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Weryfikacja limitu pomocy operacji

| | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza limitu określonego w LSR a wnioskowana kwota pomocy na operację własną nie przekracza 50 tys. zł, gdy wnioskodawcą jest LGD. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu w wysokości 300 000 zł na wnioskodawcę w ramach celu, o których mowa w § 2 rozporządzenia (inne niż LGD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Wnioskowana kwota zaliczki nie przekracza wnioskowanej kwoty dofinansowania. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Wnioskowana kwota zaliczki nie przekracza dopuszczalnego poziomu wynikającego z rozporządzenia w sprawie zaliczki. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B4: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

Uwagi:

WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ ZGODNOŚCI Z
ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY

B5: WYNIK WERYFIKACJA POZIOMU I LIMITU POMOCY, WERYFIKACJA ZALICZKI

I. Wynik weryfikacji wniosku

| | 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 wezwania do usunięcia braków/złożenia 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"/> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

II. Wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 karty

| | |
|---|-----------|
| Data doręczenia wnioskodawcy pisma w sprawie usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrr |
| Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia : | |
| | dd/mm/rrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień | |
| | dd/mm/rrr |

Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 karty

Ila. Wynik weryfikacji po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień

| <div></div> | Weryfikujący | Sprawdzający | Zatwierdzający * |
|--|--------------|--------------|------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

B6: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI KOSZTÓW

WERYFIKACJA ZAŁOŻEŃ PLANU BIZNESOWEGO OPERACJI

WERYFIKACJA ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ

WERYFIKACJA KRZYŻOWA

I. Weryfikacja racjonalności kosztów, założeń planu biznesowego operacji oraz zasadności ekonomicznej

| <div></div> | Weryfikujący | | | | Sprawdzający | | | |
|---|--------------|-----|-----------------|-------------|--------------|-----|-----------------|-------------|
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | ND | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | ND |
| A. Zadania obejmujące roboty budowlane | <div></div> | | | <div></div> | <div></div> | | | <div></div> |
| 1. Ceny jednostkowe wykonania robót budowlanych nie są wyższe od określonych w dostępnych zbiorach cen jednostkowych lub uzasadnienie przekroczenia wartości ceny jednostkowej jest wystarczające. | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | |
| 2. Kosztorys zawiera poprawnie wyliczoną wartość kosztorysową. | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | |
| 3. Kosztorys inwestorski jest zgodny rzeczowo i finansowo z zestawieniem rzeczowo-finansowym operacji. | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | |
| B. Zadania inne niż roboty budowlane | <div></div> | | | <div></div> | <div></div> | | | <div></div> |
| 1. Koszty poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji odpowiadają cenom rynkowym | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | |
| C. Analiza założeń planu biznesowego operacji | <div></div> | | | <div></div> | <div></div> | | | <div></div> |
| 1. Koszty planowane do poniesienia w ramach operacji objęte wnioskiem o dofinansowanie są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowalnych dla poszczególnych celów i są niezbędne do osiągnięcia celów operacji. | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | |
| 2. Planowany zakres operacji jest uzasadniony ze względu na profil i skalę produkcji/świadczonych/planowanych usług/sprzedaży towarów. | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | |
| 3. Analiza planu biznesowego operacji wskazuje, że proponowany przez wnioskodawcę sposób finansowania i realizacji operacji nie spowoduje utraty płynności finansowej w okresie 3 lat od roku w którym dokonano płatności końcowej. | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | | <div></div> | |

II. Weryfikacja krzyżowa

| <div></div> | Weryfikujący | | | | Sprawdzający | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | ND | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | ND |
| 1. Operacja , o której wsparcie ubiega się wnioskodawca nie była finansowana, w ramach Priorytetu 4 Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej objętego Programem Operacyjnym "Rybacktwo i Morze". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy: | | | | | | | | |
| Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: | | | | | | | | |
| 2. Operacja , o której wsparcie ubiega się wnioskodawca nie była finansowana, w ramach Osi priorytetowej 4 Zrównoważony rozwój obszarów zależnych od rybactwa zawartej w Programie Operacyjnym Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich na lata 2007-2013. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy: | | | | | | | | |
| Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: | | | | | | | | |
| 3. Operacja, o której wsparcie ubiega się wnioskodawca nie była finansowana, w ramach PROW na lata 2014-2020 w zakresie działania Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy Leader, w ramach poddziałań 19.2, 19.3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy: | | | | | | | | |
| Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: | | | | | | | | |
| 4. Operacja , o której wsparcie ubiega się wnioskodawca nie była finansowana, w ramach PROW na lata 2014-2020 w zakresie działań 4.2, 5.1, 5.2, 6.2, 6.4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy: | | | | | | | | |
| Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: | | | | | | | | |
| 5. Operacja , o której wsparcie ubiega się wnioskodawca nie była finansowana, w zakresie programów operacyjnych realizowanych w ramach PS na lata 2014-2020. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy: | | | | | | | | |
| Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: | | | | | | | | |

III. 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 kwalifikuje się do dalszej oceny - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do wydania rostrzygnięcia niezbędne jest wezwanie wnioskodawcy do złożenia wyjaśnień | <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

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

IIIa. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

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

IV. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ

☐

| | |
|--|------------|
| Data doręczenia wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrrr |

IVa. Wynik wyjaśnień

| <div></div> | 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"/> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Uwagi:

V. Wynik weryfikacji - po wyjaśnieniach

| <div></div> | Weryfikujący | Sprawdzający | Zatwierdzający* |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <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"/> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

B7: AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO

I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego

| | Weryfikujący | | Sprawdzający | |
|---|--------------|----------------|--------------|----------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 2. Kwota o jaką wnioskodawca zaktualizował koszty kwalifikowalne w zakresie rzeczowo-finansowym operacji, w ramach kosztów, które stanowiły podstawę do wyliczenia kwoty pomocy na wezwanie instytucji pośredniczącej | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |
| 2a. Kwota o jaką instytucja pośrednicząca zaktualizowała koszty kwalifikowalne w zakresie rzeczowo-finansowym operacji, | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota operacji | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |
| 5. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty zaliczki | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 6. Ostateczna wnioskowana kwota zaliczki | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI
ORAZ ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY

WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI (ND)

B8: WYNIK

WERYFIKACJI RACJONALNOŚCI KOSZTÓW

WERYFIKACJI ZAŁOŻEŃ PLANU BIZNESOWEGO OPERACJI/
ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ

WERYFIKACJI KRZYŻOWEJ

| | Weryfikujący | Sprawdzający | Zatwierdzający* |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 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"/> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

C: KONTROLA NA MIEJSCU

| <div></div> | Weryfikujący | | Sprawdzający | | Zatwierdzający * | |
|---|--------------|-------------|--------------|-------------|------------------|-------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie kontroli na miejscu | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia kontroli na miejscu/odstąpienia od przeprowadzenia kontroli na miejscu.

Elementy podlegające sprawdzeniu:

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

I. Wynik kontroli na miejscu

| | |
|--|--|
| DATA PRZEPROWADZENIA KONTROLI NA MIEJSCU: | |
| DATA PRZEKAZANIA INFORMACJI POKONTROLNEJ Z PRZEPROWADZONEJ KONTROLI NA MIEJSCU : | |

| <div></div> | Weryfikujący | Sprawdzający | Zatwierdzający * |
|--|--------------|--------------|------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Z informacji pokontrolnej z przeprowadzonej kontroli na miejscu nie wynika konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów - wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny. | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 2. Z informacji pokontrolnej z przeprowadzonej kontroli na miejscu wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień. | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego. | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 4. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

| | |
|---|------------|
| Data doręczenia wnioskodawcy pisma w sprawie wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień | |
| | dd/mm/rrrr |

III. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

| <div></div> | Weryfikujący | | Sprawdzający | |
|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 2. | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 3. | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 4. | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

IV. Wynik kontroli na miejscu po wyjaśnieniach

| <div></div> | Weryfikujący | Sprawdzający | Zatwierdzający * |
|--|--------------|--------------|------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny w ograniczonym zakresie i wymaga aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznanania pomocy | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

C1: AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO

AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI (ND)

- PO KONTROLI NA MIEJSCU

I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego

| | Weryfikujący | | Sprawdzający | |
|--|--------------|----------------|--------------|----------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego operacji | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 2. Kwota o jaką zaktualizowano koszty kwalifikowalne w zakresie rzeczowo-finansowym operacji | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |
| 5. Dokonano aktualizacji wnioskowanej kwoty zaliczki | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy | <div></div> | <div></div> zł | <div></div> | <div></div> zł |

Zweryfikował: imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził: imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził*: imię i nazwisko data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

Uwagi:

D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

| <div></div> | Weryfikujący | | Sprawdzający | | Zatwierdzający | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Wniosek o dofinansowanie jest przewidziany do finansowania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PRZYZNANA KWOTA POMOCY: | <div></div> zł | | | | | |
| słownie złotych: | | | | | | |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził:

imię i nazwisko

data i podpis

II. ZAŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

| <div></div> | Weryfikujący | | Sprawdzający | | Zatwierdzający | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. W sprawie należy wydać Zaświadczenie o pomocy de minimis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uzasadnienie konieczności wydania/odstąpienia od wydania Zaświadczenia o pomocy de minimis

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

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził:

imię i nazwisko

data i podpis

E: ZAWARCIE UMOWY



| | Weryfikujący | | | Sprawdzający | | | Zatwierdzający | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | N/D | TAK | NIE | N/D | TAK | NIE | N/D |
| 1. Czy wnioskodawca stawiał 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"/> | |
| 1.1. Czy zaistniała konieczność wyznaczenia kolejnego 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 wnioskodawca stawiał 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 stawili 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"/> | |
| 3. Czy wnioskodawca 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"/> | |
| Data zawarcia (podpisania) umowy o dofinansowanie | | | | | | | | | |
| | | | | | | | dd/mm/rrrr | | |

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Uwagi:

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

F: ODMOWA PRYZYKNANIA POMOCY/POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA/WYCOFANIE WNIOSKU W CAŁOŚCI

| | Weryfikujący | Sprawdzający | Zatwierdzający |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do pozostawienia bez rozpatrzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek został wycofany /wnioskodawca zrezygnował z ubiegania się o dofinansowanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Przyczyny odmowy przyznania pomocy/pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia

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

Część, w której nastąpiła/o odmowa przyznania pomocy/pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia /wycofanie wniosku w całości

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

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził:

imię i nazwisko

data i podpis

| | |
|---|------------|
| Data doręczenia pisma informującego o odmowie przyznania pomocy/ pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia/wycofaniu wniosku w całości | |
| | dd/mm/rrrr |

Uwagi:

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

Załącznik nr 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Notatki:

[illegible]

Zweryfikował: _____

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził: _____

imie i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*: _____

| | |
|--------------------------|------------------------|
| _____ imie i nazwisko | _____ data i podpis |
|--------------------------|------------------------|

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Załącznik nr 2. WERYFIKACJA LIMITU POMOCY DE MINIMIS

| <div></div> | Weryfikujący | | Sprawdzający | | Zatwierdzający | |
|--|--------------|-------------|--------------|-------------|----------------|-------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Pozytywnie zweryfikowana kwota nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> |

Uwagi:

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził*:

imię i nazwisko

data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym