

**KARTA WERYFIKACJI
WNIOSKU O PŁATNOŚĆ**

Program Operacyjny "Rybnactwo i Morze"

Priorytet: 4 Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej

działanie: Działania prowadzone w ramach współpracy

Rodzaj płatności:

pośrednia

11

końcowa

7

Znak sprawy:	
Imię i nazwisko/nazwa Beneficjenta:	
Numer umowy o dofinansowanie:	
Data przyjęcia wniosku przez Zarząd Województwa:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 24px;">–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 24px;">–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div>

Osoby dokonujące oceny wniosku o płatność

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

	Wstawić "X" we właściwym miejscu			
	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie określonym w umowie o dofinansowanie, z zastrzeżeniem jednokrotnej możliwości wezwania do złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, 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. Beneficjent 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"/>
Data sprawdzenia w: Krajowym Rejestrze Sądowym rejestrze MF				

Uwagi:

A.1. Wynik weryfikacji wstępnej:

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1 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 _____ 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

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

Uwagi:

B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ WERYFIKACJI DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ

B1 WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO WEZW	ND	TAK	DO WEZW	ND
A Załączniki dotyczące Beneficjenta						
1. Pełnomocnictwo, jeśli zostało udzielone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Załączniki dotyczące operacji						
2. Faktury lub dokumenty księgowe o równoważnej wartości dowodowej (w tym umowy o dzieło, zlecenia i inne umowy cywilnoprawne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Dowody zapłaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Dokumenty potwierdzające utworzenie miejsc pracy/utrzymanie miejsc pracy/poniesienie kosztów zatrudnienia przez Beneficjenta:						
4a. Umowy o pracę lub spółdzielcze umowy o pracę lub umowy zlecenia lub umowy o dzieło wraz z zakresami czynności pracowników (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA (wraz z ZUS RCA (RCX), ZUS RSA, ZUS RZA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d. Lista/y płac z wyszczególnieniem wszystkich składników wynagrodzenia i kwot pobranych z tytułu opłaconych: składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e. Dokumenty potwierdzające poniesienie wszystkich składników wynagrodzenia i kwot pobranych z tytułu opłaconych: składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, zgodnie z listą płac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Złożone oferty wykonawców zadania ujętego w zestawieniu rzeczowo - finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Umowy z dostawcami lub wykonawcami zawierające specyfikację będącą podstawą wystawienia każdej z przedstawionych faktur lub innych dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, jeżeli nazwa towaru lub usługi w przedstawionej fakturze lub dokumencie o równoważnej wartości dowodowej, odnosi się do umów zawartych przez Beneficjenta lub nie pozwala na precyzyjne określenie kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Umowa najmu lub dzierżawy maszyn, wyposażenia lub nieruchomości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inne dokumenty potwierdzające osiągnięcie celów i wskaźników realizacji operacji (dotyczy sekcji V. Wartość wskaźników, które zostały osiągnięte w wyniku realizacji operacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.	Ostateczna decyzja o pozwoleniu na budowę (załącznik obowiązkowy w sytuacji, gdy na etapie wniosku o przyznanie pomocy nie był ostatecznym dokumentem)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Ostateczne pozwolenie na użytkowanie obiektu budowlanego, jeśli taki obowiązek wynika z przepisów prawa budowlanego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	Zawiadomienie właściwego organu o zakończeniu budowy złożone co najmniej 14 dni przed zamierzonym terminem przystąpienia do użytkowania, jeżeli obowiązek taki wynika z przepisów prawa budowlanego lub właściwy organ nałożył taki obowiązek wraz z: - oświadczeniem Beneficjenta, że w ciągu 21 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót właściwy organ nie wniósł sprzeciwu albo - zaświadczeniem wydanym przez właściwy organ, że nie wnosi sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót budowlanych będzie przedkładane przed upływem 21 dni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.	Kosztorys różnicowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania lub oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu ww. czynności z udziałem środków własnych	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.	Oświadczenie Beneficjenta o wyodrębnieniu osobnych kont albo korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego w rozumieniu art. 125 ust. 4 lit. b rozporządzenia nr 1303/2013 (sporządzone na formularzu udostępnionym przez IZ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.	Oświadczenie beneficjenta o kwalifikowalności VAT (jeżeli beneficjent ubiega 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"/>
16.	Harmonogram działań informacyjnych, szkoleniowych i promocyjnych wraz z dokumentami potwierdzającymi przeprowadzenie działań informacyjnych, szkoleniowych i promocyjnych, w tym: zaproszenie / zawiadomienie o spotkaniu wraz z potwierdzeniem rozpowszechnienia informacji o spotkaniu informacji o spotkaniu, program, lista obecności, protokół, dokumentacja fotograficzna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.	Wzory materiałów promocyjnych - w przypadku gdy wymaga tego specyfikacja operacji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18.	Dokumenty potwierdzające ukończenie kursu, szkoły, szkolenia lub otrzymanie certyfikatu (w przypadku, gdy wymaga tego specyfikacja operacji)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.	Lista osób uczestniczących w kursach lub szkoleniach - w przypadku, gdy wymaga tego specyfika operacji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20.	Dokumentacja fotograficzna zrealizowanej operacji - w przypadku, gdy wymaga tego specyfika operacji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21.	Sprawozdanie z realizacji operacji (składane wraz z wnioskiem o płatność końcową)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22.	Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo - kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy, w ramach danej transzy (jeżeli dotyczy - załącznik wymagany w przypadku, gdy wystąpiły zmiany po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy pomocy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

23.	Aktualny, pełny wyciąg z rachunku bankowego przeznaczonego do obsługi zaliczki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24.	Zaświadczenie z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo - kredytowej określające wysokość odsetek w okresie od dnia wypłaty zaliczki do dnia złożenia wniosku o płatność (załącznik składany opcjonalnie, jeśli wysokość odsetek nie wynika z załącznika nr 23)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25.	Inne pozwolenia , zezwolenia, decyzje i inne dokumenty, których uzyskanie było wymagane przez odrębne przepisy w związku z realizacją operacji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C 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"/>
5.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Liczba załączników (razem):			

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO WEZW	ND	TAK	DO WEZW	ND
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu aktualnym na dzień składania wniosku, udostępnionym na stronie internetowej Ministerstwa Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej oraz Zarządu Województwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w tym m.in.:						
2.1 Wniosek został podpisany w wyznaczonych miejscach przez Beneficjenta / osobę reprezentującą Beneficjenta / Pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 Dane identyfikacyjne Beneficjenta wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 Wszystkie załączone załączniki są poprawne formalnie i potwierdzają warunki udzielenia pomocy, których dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4 Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5 Zostały poprawnie wypełnione wszystkie wymagane pola we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uwagi:						

B2 WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW
I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą kwoty kosztów kwalifikowalnych oraz kwoty pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Zrealizowany zakres rzeczowy operacji/etapu operacji podany w zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji jest zgodny z zakresem rzeczowym wymienionym w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji załączonym do umowy o dofinansowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Prawidłowo udokumentowano zrealizowanie zakresu rzeczowo-finansowego i dołączono wymagane odrębnymi przepisami oraz postanowieniami umowy: opinie, licencje, zaświadczenia lub decyzje związane z realizacją operacji, w tym dotyczące spełniania wymagań sanitarnych, ochrony środowiska, weterynaryjnych, a także dotyczących bezpieczeństwa żywności i żywienia oraz warunków ochrony zwierząt - jeżeli są wymagane przepisami prawa krajowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zakres rzeczowy kosztów kwalifikowalnych z Zestawienia rzeczowo-finansowego operacji ma pokrycie w załączonych do wniosku umowach, fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Beneficjent dokonał zapłaty w odniesieniu do wszystkich kosztów objętych wnioskiem, w formie bezgotówkowej lub gotówkowej, nie później niż do dnia złożenia wniosku o płatność, a w przypadku gdy beneficjent został wezwany do usunięcia braków lub złożenia wyjaśnień, nie później niż w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Płatności dokonywane z rachunku bankowego przeznaczonego do obsługi zaliczki dotyczyły wyłącznie realizowanej operacji, zostały dokonane w całości w formie bezgotówkowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wyjaśnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach Zestawienia rzeczowo-finansowego operacji jest wystarczające do uznania kosztów kwalifikowalnych w wysokości faktycznie poniesionej (w przypadku różnić przekraczających 10%, lub w przypadku wątpliwości dotyczących racjonalności kosztów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Data sprzedaży na przedstawionych do refundacji fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej jest zgodna z okresem kwalifikowalności kosztów wskazanym w rozporządzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Poziom kosztów ogólnych wymienionych w Zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji nie przekracza poziomu 10% wartości netto operacji oraz przedstawione we wniosku koszty ogólne zostały naliczone i wykazane zgodnie z umową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Przedstawione do rozliczenia koszty nie należą do innych kategorii, wyłączonych z możliwości finansowania na podstawie par. 13 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania potwierdzają wykonanie zakresu określonego w Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Beneficjent wywiązał się z obowiązku informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFMR zgodnie z warunkami określonymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Beneficjent uwzględnił wszystkie zdarzenia gospodarcze (transakcje) związane z realizacją operacji, w oddzielnym systemie rachunkowości lub do jej identyfikacji wykorzystał odpowiedni kod rachunkowy, albo prowadzi zestawienie faktur lub równoważnych dokumentów księgowych na formularzu udostępnionym przez Zarząd Województwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13. Zostały spełnione wymagania sanitarne, ochrony środowiska, weterynaryjne, a także dotyczących bezpieczeństwa żywności i żywienia oraz warunków ochrony zwierząt, jeżeli są wymagane przepisami prawa krajowego w odniesieniu do realizowanej operacji, w terminie określonym w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

II. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie odmową wypłaty pomocy w części/całości

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
								
1. Zachowano konkurencyjny tryb wyboru wykonawców poszczególnych zadań ujętych w <i>Zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1a Na podstawie ustalonych kryteriów oceny, Beneficjent wybrał najkorzystniejszą ofertę	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1b Umowa z wykonawcą nie została zmieniona w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru wykonawcy	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2. Przedstawione faktury lub dokumenty księgowe o równoważnej wartości dowodowej są wystawione przez wykonawcę, któremu udzielono zamówienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Dokumentacja z przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i ocena zamówienia została zakończona z wynikiem pozytywnym została przekazana w terminie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Zadania zrealizowane w ramach operacji nie zostały podzielone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cel operacji został osiągnięty / może zostać osiągnięty na warunkach określonych w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Wskaźniki realizacji celu operacji zostały osiągnięte / mogą zostać osiągnięte oraz beneficjent przedstawił stosowne dokumenty potwierdzające osiągnięcie tych wskaźników w trybie określonym w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Cel operacji i wskaźniki realizacji celu operacji mogą zostać osiągnięte pomimo niezrealizowania części zakresu rzeczowo-finansowego danego etapu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Beneficjent prowadzi działalność związaną z realizowaną operacją w miejscu realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Beneficjent nie przeniósł prawa własności lub posiadania rzeczy nabytych w ramach realizowanej operacji oraz nie zmienił sposobu ich wykorzystania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki, zostały ujęte w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych zgodnie z wymogiem, o którym mowa w art. 125 ust. 4 lit. b rozporządzenia nr 1303/2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zaliczka została wypłacona po ustanowieniu przez Beneficjenta zabezpieczenia na warunkach i w trybie określonych w par. 6 rozporządzenia w sprawie zaliczek	<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. W przypadku gdy umowa przewiduje wypłatę zaliczki, wówczas wypłata drugiej i kolejnych transz spełnia warunek określony w par. 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie zaliczek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uwagi:								

B3 WERYFIKACJA POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM				
	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO WEZW.	TAK	DO WEZW.
1. Przedstawione faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej zostały opłacone w całości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. We wniosku nie stwierdzono błędów rachunkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej są zgodne z <i>Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dołączone faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej, odnoszą się do właściwych pozycji <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Łączne kwoty kosztów kwalifikowalnych z <i>Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji</i> są zgodne z <i>Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej</i> i kwotą we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wnioskowana kwota pomocy jest poprawnie wyliczona i nie przekracza kwoty określonej w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

B4 WERYFIKACJA DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO WEZW.	TAK	DO WEZW.
1. Wymagane pola w <i>Sprawozdaniu z realizacji operacji</i> zostały wypełnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Sprawozdanie</i> zostało podpisane przez Beneficjenta/osobę reprezentującą Beneficjenta /Pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informacje ogólne na temat operacji i Beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Przebieg realizacji operacji i planu rzeczowego jest zgodny z postanowieniami umowy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sprawozdanie z realizacji operacji jest zgodne z opisem operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wymagane pola w załączniku do monitorowania wskaźników odnoszących się do liczby utworzonych miejsc pracy/liczby utrzymanych miejsc pracy zostały wypełnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Załącznik do monitorowania wskaźników odnoszących się do liczby utworzonych miejsc pracy/liczby utrzymanych miejsc pracy został podpisany przez Beneficjenta/osobę reprezentującą Beneficjenta /Pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

C: WYNIK**C1: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ WERYFIKACJI DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ****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 wypłaty 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 _____

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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 do karty

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia 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 przez Beneficjenta:	
	dd/mm/rrr

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

Ila. Wynik weryfikacji po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień

	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 ponownego wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień	<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

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

IIb. Ponowne wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień☐**Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 do karty**

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia 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 przez Beneficjenta:	
	dd/mm/rrr

Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 do karty**IIc. Wynik weryfikacji po ponownym wezwaniu do usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień**

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek rozpatuje się w zakresie, w jakim został wypełniony oraz na podstawie dołączonych do tego wniosku poprawnie sporządzonych dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty 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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

Uwagi:

C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

I. Weryfikacja krzyżowa

		Weryfikujący				Sprawdzający			
		TAK	NIE	DO WYJAŚNIENIA	ND	TAK	NIE	DO WYJAŚNIENIA	ND
1.	Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie Priorytetu 4 Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej objętego Programem Operacyjnym "Rybacko i Morze", stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania 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"/>
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy.									
2.	Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, 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, stwierdzono wystąpienie podwójnego finansowania 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"/>
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy.									
3.	Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, 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, stwierdzono wystąpienie podwójnego finansowania 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"/>
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy.									
4.	Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w ramach PROW na lata 2014-2020 w zakresie działań 4.2, 5.1, 5.2, 6.2, 6.4, stwierdzono wystąpienie podwójnego finansowania 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"/>
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy.									
5.	Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie programów operacyjnych realizowanych w ramach PS na lata 2014-2020, stwierdzono wystąpienie podwójnego finansowania 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"/>
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy.									

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

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

Uwagi:

IIa. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

III. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ

☐

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	<input type="checkbox"/>

IIIa. Wynik 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"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

C3: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM, WERYFIKACJI DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ ORAZ KONTROLI KRZYŻOWEJ

		Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
		TAK	TAK	TAK
1.	Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i nie wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych i kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty kosztów kwalifikowalnych i kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty 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 _____

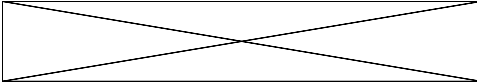
* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

Uwagi:

D: KONTROLA NA MIEJSCU☐

Kontrola wykonywana jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej z dnia 21 września 2016r. w sprawie szczegółowego sposobu, trybu oraz terminów przeprowadzania kontroli realizacji strategii rozwoju lokalnego oraz w odniesieniu do operacji w ramach PO RiM oraz wzoru upoważnienia do wykonywania czynności w ramach tych kontroli.

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Operacja została wytypowana do kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku 2. wymagane jest przeprowadzenie kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uzasadnienie konieczności 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 _____

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

I. Wynik kontroli na miejscu

Z TYPOWANIA:

DATA TYPOWANIA :		<input type="checkbox"/>
sposób typowania:		
DATA PRZEPROWADZENIA:		
DATA PRZEKAZANIA INFORMACJI POKONTROLNEJ:		

NA ZLECENIE:

DATA PRZEPROWADZENIA:		<input type="checkbox"/>
DATA PRZEKAZANIA INFORMACJI POKONTROLNEJ:		

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający *
	TAK	TAK	TAK
Z informacji pokontrolnej nie wynika 1. konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z informacji pokontrolnej wynika, że 2. niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i 3. wymaga korekty wnioskowanej kwoty pomocy do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty 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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

Uwagi:

II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

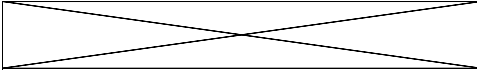
☐

Data doręczenia beneficjentowi pisma w sprawie złożenia 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:

	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"/>

IV. Wynik kontroli na miejscu po 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 kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty 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

* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

Uwagi:

E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH

1.	Kwota korekty w wyniku kontroli administracyjnej (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 7 nie zaznaczono kodów)		zł
2.	Kwota korekty w wyniku kontroli na miejscu		zł
3.	Przyczyna korekty kwoty pomocy w wyniku kontroli na miejscu (kod/kody)		

E2: WYLICZENIE KWOTY DO REFUNDACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
Koszty kwalifikowalne					
1. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu/ operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota zakwestionowanych kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie dla danego etapu/ operacji <i>(poz. 2- poz. 3)</i>	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwota pomocy					
5. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wnioskowana kwota do refundacji wg wniosku o płatność	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kwota pomniejszenia w wyniku zastosowania kary administracyjnej za niezrealizowanie działań informacyjnych i promocyjnych	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zatwierdzona kwota do refundacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słownie złotych:					
środki EFMiR (85%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki krajowe (15%)	<input type="text"/> zł	<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

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:	
	dd/mm/rrrr

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

Uwagi:

E3 ROZLICZENIE ZALICZKI


	Weryfikujący	Sprawdzający		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
1. Kwota wypłaconej zaliczki	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Zwrócona kwota zaliczki przez Beneficjenta	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Kwota zaliczki odliczona (rozliczona) dla etapów/operacji	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Kwota zaliczki do potrącenia (poz. 1 - poz 2 oraz poz 3)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę w tym etapie operacji	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Kwota do refundacji - po rozliczeniu zaliczki	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
środki EFMiR (85%)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
środki krajowe (15%)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Pozostała kwota zaliczki do zwrotu (dotyczy płatności ostatecznej)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Kwota odsetek do zwrotu (zgromadzona na rachunku bankowym)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data doręczenia pisma dot. konieczności zwrotu środków					
		dd/mm/rrrr			
Data przekazania do ARiMR dokumentu zgłoszenia należności					
		dd/mm/rrrr			

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:

F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY/WYCOFANIE WNIOSKU

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek został wycofany/Beneficjent zrezygnował z płatności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przyczyny odmowy wypłaty pomocy

Część, w której nastąpiła odmowa wypłaty pomocy / 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 Beneficjentowi pisma informującego o odmowie wypłaty pomocy/wycofaniu wniosku w całości	
	dd/mm/rrrr

Uwagi:

Załącznik nr 1. USUNIĘCIE/PONOWNE USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

Zakres braków/złożenie wyjaśnień

	Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień					
	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	NIE	DO WEZW ¹	TAK	NIE	DO WEZW ¹
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]

Zatwierdził*: _____

imię i nazwisko

data i podpis

KP-611-473-ARiMR/1/z
Strona31z31