

**Załącznik nr II.9.7 Lista sprawdzająca do formularza raportu kwartalnego
nieprawidłowości podlegającego raportowaniu KE**



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Lp.	Wymagane informacje	TAK	NIE	NIE DOTYCZY	UWAGI
1	Czy raport został przekazany w terminie?				
2	Czy rodzaj raportu został poprawnie określony?				
3	Czy prawidłowo wypełniono pola 1-15?				
4	Czy przedstawiono naruszone przepisy prawa wspólnotowego i krajowego, pola 16-17?				
5	Czy podano informację prowadzącą do podejrzenia wystąpienia nieprawidłowości i mówiącą o wstępnym ustaleniu administracyjnym lub sądowym, pola 18-19?				
6	Czy prawidłowo wskazano metodę wykrycia, typ, kwalifikację nieprawidłowości, pola 20-22?				
7	Czy opisano nieprawidłowości oraz działania, które doprowadziły do wystąpienia nieprawidłowości pole 23?				
8	Czy prawidłowo wypełniono pola 24-28?				
9	Czy prawidłowo wpisano całkowitą kwotę przedsięwzięcia w rozbiciu na źródła finansowania, pole 29?				
10	Czy określono rodzaj nieprawidłowego wydatku, pole 30?				
11	Czy prawidłowo określono kwoty nieprawidłowości oraz kwoty odzyskane, pola 31-36?				
12	Czy opisano możliwość odzyskania nieprawidłowo wydatkowanej kwoty łącznie z ewentualną przyczyną umorzenia/rezygnacji z postępowania windykacyjnego, pola 37-38?				
13	Czy podano informacje odnośnie postępowania windykacyjnego prowadzonego w celu odzyskania środków podlegających zwrotowi, pole 39?				
14	Czy podano informacje o postępowaniu wyjaśniającym prowadzonym w celu potwierdzenia występowania nieprawidłowości, pole 40?				
15	Czy opisano postępowanie prowadzone w celu stwierdzenia zamierzonego działania i nałożenia sankcji, pole 41?				
16	Czy właściwie wypełniono, pola 42-45?				
17	Czy uzupełniono dane kontaktowe w polu 46?				
18	Czy wypełniono pola 47-48?				

19	Czy raport wymaga korekty?				
----	----------------------------	--	--	--	--

Lista została sporządzona przez:

Imię i nazwisko: (tel:) Podpis:

Data:

Lista została sprawdzona przez kierownika referatu:

Imię i nazwisko: (tel:) Podpis:

Data:

INFORMACJE PO WERYFIKACJI KOREKTY RAPORU kwartalnego nieprawidłowości podlegającego raportowaniu KE				
Lp.	Wyszczególnienie	Data	Tak/Nie	Uwagi
-	Czy uwzględniono wszystkie poprawki zawarte w liście sprawdzającej?			
-	Podpis weryfikującego			
-	Podpis kierownika referatu			

Ponownie poprawiony raport należy przekazać terminie, w wersji elektronicznej i papierowej do Referatu Finansów i Monitorowania RPOWP w Departamencie Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku.

