

Urząd Marszałkowski Województwa

.....  
albo nazwa wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej<sup>1</sup>

Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

**P-5B/355**

....., dnia .....

.....  
Znak sprawy

.....  
Nazwa Beneficjenta

.....  
Adres: ulica, nr

.....  
Kod pocztowy, miejscowość

Na podstawie § 8 umowy o przyznaniu pomocy nr ..... z dnia .....  
Samorząd Województwa po rozpatrzeniu wniosku o płatność złożonego w dniu .....  
**odmawia wypłaty pomocy w ramach transzy.**

Powodem odmowy wypłaty pomocy jest:

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

Pouczenie:

Zgodnie z § 16 umowy o przyznaniu pomocy Beneficjentowi **przysługuje prawo** do wniesienia do Samorządu Województwa prośby o ponowne rozpatrzenie sprawy wraz z uzasadnieniem w zakresie rozstrzygnięcia Samorządu Województwa dotyczącego oceny wniosku o płatność w zakresie odmowy wypłaty części pomocy w **terminie 21 dni** od dnia doręczenia pisma o ww. rozstrzygnięciu<sup>2</sup>.

Pismo należy przekazać na ww. adres.

Pismo powinno zawierać w szczególności:

- 1) znak sprawy,
- 2) dane Beneficjenta
- 3) uzasadnienie prośby Beneficjenta wraz z dokumentami potwierdzającymi zasadność ponownego rozpatrzenia wniosku o płatność,
- 4) podpisy osób reprezentujących Beneficjenta / pełnomocnika.

Pisma złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

Sprawę prowadzi .....,  
nr telefonu....., adres e-mail:.....

<sup>1</sup> Niepotrzebne usunąć

, dnia \_\_\_\_\_

Znak sprawy \_\_\_\_\_

Biuro Kontroli  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

W związku z weryfikacją wniosku o płatność złożonego w dniu..... w ramach poddziałania 19.4 *Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji*, zgodnie z umową o przyznaniu pomocy nr ..... z dnia....., zawartą przez:

.....  
Nazwa Beneficjenta.....  
adres

na operację.....

tytuł operacji

informuję o zakończeniu weryfikacji *kompletności i poprawności, zgodności z warunkami wypłaty transzy pomocy, zobowiązań i kwoty pomocy oraz wypłaconej zaliczki / wyprzedzającego finansowania.*

W związku z powyższym wnioskuję o realizację

- kontroli na miejscu (dot. spraw wytypowanych), lub
- kontroli na zlecenie.

W przypadku zlecenia kontroli na miejscu czynności kontrolne należy przeprowadzić w oparciu o *Listę kontrolną dla raportu z czynności kontrolnych K-02/19.4/344* (zgodnie z procedurą KP-611-344-ARiMR).

Dodatkowo w załączeniu przekazuję *Listę elementów podlegających sprawdzeniu podczas kontroli na zlecenie*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Należy usunąć w sytuacji, gdy zakres planowanej do zlecenia wizytacji pokrywa się z elementami wymienionymi w dokumencie K-02/19.4/344 - *Lista kontrolna do raportu z czynności kontrolnych Program Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020*

.....  
Znak sprawy

**LISTA ELEMENTÓW PODLEGAJĄCYCH SPRAWDZENIU  
PODCZAS KONTROLI NA ZLECENIE**

Lp	Elementy kontroli <sup>2</sup>	Ocena zgodności <sup>3</sup>	
		TAK	NIE
1.	..... ..... .....		
	Uwagi <sup>3</sup> ..... ..... ..... .....		
2.	..... ..... .....		
	Uwagi <sup>3</sup> ..... ..... ..... .....		
3.	..... ..... .....		
	Uwagi <sup>3</sup> ..... ..... ..... .....		

<sup>2</sup> Należy wpisać pytanie w formie zamkniętej, dotyczące elementu będącego przedmiotem wizytacji. Jeśli dotyczy - należy wpisać załącznik w polu „Nazwa załącznika”, na podstawie, którego dany element ma być zweryfikowany i załączyć jego kopię .

<sup>3</sup> Wypełnia pracownik przeprowadzający wizytację.

Lp.	Nazwa załącznika
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
...	

**UWAGI<sup>4</sup>:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

<sup>4</sup> Osoba przeprowadzająca kontrolę na zlecenie wymienia inne nieprawidłowości, jeśli zostały wykryte.

Urząd Marszałkowski Województwa

.....  
albo nazwa wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej<sup>1</sup>

Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

**P-7/355**

....., dnia .....

.....  
Znak sprawy

.....  
Nazwa Beneficjenta

.....  
Adres: ulica, nr

.....  
Kod pocztowy, miejscowość

Uprzejmie informuję, że wniosek o płatność w ramach poddziałania 19.4 *Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji*, złożony w dniu ....., zgodnie z umową o przyznaniu pomocy nr ..... z dnia ....., wymaga wyjaśnień po kontroli na miejscu / kontroli zadania w trakcie realizacji / kontroli na zlecenie<sup>2</sup>.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące uchybienia, które wymagają wyjaśnień:

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

W związku z powyższym proszę o dostarczenie wyjaśnień, na ww. adres z przywołaniem numeru umowy.

Wyjaśnienia należy złożyć w terminie ..... dni od dnia doręczenia pisma.<sup>3</sup>

W przypadku składania wyjaśnień osobiście lub przez osobę upoważnioną lub za pośrednictwem poczty kurierskiej o terminowości decyduje data złożenia dokumentów pod wskazany adres. W przypadku wysłania dokumentów za pośrednictwem polskiej placówki

.....  
<sup>1</sup> Niepotrzebne usunąć

<sup>2</sup> Niepotrzebne usunąć

<sup>3</sup> Termin ....- dniowy liczony jest w dniach kalendarzowych od dnia następującego po dniu doręczenia pisma Beneficjentowi.

pocztowej operatora wyznaczonego o terminowości decyduje data nadania przesyłki (stempla pocztowego).

Jednocześnie informuję, że zgodnie z § 7 ust. 9 umowy, do czasu otrzymania uzupełnionych/poprawionych dokumentów/złożenia wyjaśnień termin rozpatrywania wniosku o płatność ulega przedłużeniu o okresy dokonywania przez Beneficjenta określonych czynności.

Sprawę prowadzi .....,  
nr telefonu....., adres e-mail:.....

**Urząd Marszałkowski Województwa**

.....  
albo nazwa wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej<sup>1</sup>

Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

**P-7A/355**

....., dnia .....

.....  
Znak sprawy

.....  
Nazwa Beneficjenta

.....  
Adres: ulica, nr

.....  
Kod pocztowy, miejscowość

Uprzejmie informuję, że w wyniku oceny *Informacji monitorującej realizację operacji* w ramach poddziałania 19.4 „*Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji*”, która wpłynęła do Urzędu Marszałkowskiego Województwa ...../ wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej<sup>1</sup> w dniu ....., stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje następujących zobowiązań wynikających z umowy przyznania pomocy numer .....<sup>1</sup>/nieprawidłowo realizuje następujące zobowiązania wynikające z umowy o przyznaniu pomocy numer .....<sup>1</sup>:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

W związku z powyższym, w ramach kontroli administracyjnej wniosku o płatność, który zgodnie z załącznikiem numer 1 do ww. umowy powinien zostać złożony w terminie od .....do....., mogą zostać zastosowane kary administracyjne, o których mowa w umowie<sup>1</sup>/może nastąpić odmowa wypłaty transzy pomocy<sup>1</sup>.

Uzasadnienie<sup>2</sup>:

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

<sup>1</sup> Niepotrzebne usunąć

<sup>2</sup> W uzasadnieniu wskazać rodzaje kar wpisanych w bloku E karty weryfikacji

Sprawę prowadzi .....  
nr telefonu....., adres e-mail:.....



Urząd Marszałkowski Województwa

albo nazwa wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej<sup>1</sup>

Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

P-8/355

, dnia

Znak sprawy

Nazwa Beneficjenta

Adres: ulica, nr

Kod pocztowy, miejscowość

Na podstawie art. 3 ust. 1 rozporządzenia Komisji (UE) Nr 809/2014 z dnia 17 lipca 2014 r. ustanawiającego zasady stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli, środków rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz. U. UE L 227 z dnia 31.07.2014 r., str. 69 z późn. zm.) oraz w związku z pismem z dnia .....dotyczącym wycofania

(należy wpisać czy wycofanie dotyczy całości wniosku, części wniosku czy innej deklaracji (załącznika), zgodnie z prośbą beneficjenta)

złożonego w ramach poddziałania 19.4 „Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji” na podstawie umowy o przyznaniu pomocy nr..... zawartej w dniu ..... informuję, że wniosek o płatność / informacja monitorująca realizację operacji / inna deklaracja został (a)/ nie został (a)<sup>1</sup> wycofany w całości / w części<sup>1</sup>.

Wycofanie wniosku / informacji monitorującej realizację operacji w całości / w części / innej deklaracji<sup>1</sup> nie jest możliwe z następujących powodów<sup>2</sup>:

Jednocześnie, w związku z prośbą o zwrot dokumentów, w załączeniu przekazuję następujące dokumenty<sup>3</sup>:

Sprawę prowadzi ..... nr telefonu ..... adres .....

<sup>1</sup> Niepotrzebne usunąć

<sup>2</sup> Zapis należy usunąć, gdy wniosek / informacja został/(a) wycofany w całości/w części/inna deklaracja.

<sup>3</sup> Zapis należy usunąć, gdy wniosek nie został/(a) wycofany w całości/w części/inna deklaracja

Urząd Marszałkowski Województwa

.....  
albo nazwa wojewódzkiej samorządowej jednostki  
organizacyjnej<sup>1</sup>

Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

P-9/355

....., dnia .....

Znak sprawy

**Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji  
Rolnictwa**  
**Departament Finansowy**  
ul. Poleczki 33  
02-822 Warszawa

W związku z weryfikacją wniosku o płatność, w ramach poddziałania 19.4 *Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji* objętego PROW na lata 2014 – 2020, złożonego w dniu ..... zgodnie z umową o przyznaniu pomocy nr ..... z dnia ....., zawartą przez

.....  
nazwa Beneficjenta

.....  
adres

informuję o zaistnieniu następującej okoliczności<sup>1</sup>:

1. Beneficjentowi odmówiono wypłaty ..... transzy pomocy,
2. Beneficjent zrezygnował z pomocy i umowa o przyznaniu pomocy została rozwiązana,
3. Zaistniały inne okoliczności niezwiązane z wypowiedzeniem umowy:

.....  
.....  
4. Beneficjentowi zostanie wypłacona część pomocy, w wysokości:.....zł.  
(słownie:.....).

Sprawę prowadzi ....., nr telefonu .....,  
adres e-mail: .....

<sup>1</sup> Niepotrzebne usunąć

**Wyznaczenie osób, które będą dokonywały oceny wniosku o płatność**

**I. Weryfikujący**

1 .....  
 (Imię i nazwisko Weryfikującego)

-   -

.....  
 (Imię i nazwisko Zatwierdzającego)

**I. A Zmiana Weryfikującego**

2 .....  
 (Imię i nazwisko zmienionego Weryfikującego)

-   -

.....  
 (Imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3 .....  
 (Imię i nazwisko ponownie zmienionego Weryfikującego)

-   -

.....  
 (Imię i nazwisko Zatwierdzającego)

**II. Sprawdzający**

II. A. Dla sprawy został wyznaczony Sprawdzający

TAK  NIE

II. B. Sprawdzający został wyznaczony:

	Losowo		Ze wskazania	
	TAK	NIE	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 .....  
 (Imię i nazwisko Sprawdzającego)

-   -

.....  
 (Imię i nazwisko Zatwierdzającego)

**II. C. Zmiana Sprawdzającego**

2 .....  
 (Imię i nazwisko zmienionego Sprawdzającego)

-   -

.....  
 (Imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3 .....  
 (Imię i nazwisko ponownie zmienionego Sprawdzającego)

-   -

.....  
 (Imię i nazwisko Zatwierdzającego)

**III. Podpisanie deklaracji bezstronności**

1. Weryfikujący TAK  NIE

-   -

2. Sprawdzający TAK  NIE

-   -

3. Zatwierdzający TAK  NIE

-   -

**Instrukcja wypełniania dokumentu dotyczącego wyznaczenia osób, które będą dokonywały oceny wniosku o płatność**

Weryfikujący i Sprawdzający wyznaczeni są przez Zatwierdzającego, który jest upoważniony do wykonywania tych czynności.

### **I. Weryfikujący**

**Punkt 1** Zatwierdzający wpisuje imię i nazwisko wyznaczonego Weryfikującego, datę dokonania wyznaczenia oraz składa swój podpis (tj. wpisuje swoje imię i nazwisko albo w przypadku imiennej pieczętki - ostemplowuje i składa podpis, zgodnie z instrukcją do karty weryfikacji)

#### **I. A. Zmiana Weryfikującego**

**Punkty 2 i 3** W trakcie oceny wniosku może zaistnieć konieczność dokonania zmiany Weryfikującego. W takim przypadku Zatwierdzający wpisuje odpowiednio imię i nazwisko zmienionego Weryfikującego oraz datę dokonania zmiany i składa swój podpis. W przypadku, gdy wystąpi konieczność ponownej zmiany Weryfikującego niż jest to wskazane w ww. wzorze, można wydrukować i dołączyć do karty powielony wzór tej części.

### **II. Sprawdzający**

#### **II. A. Dla sprawy został wyznaczony Sprawdzający**

Wyznaczenie Sprawdzającego w karcie nie jest obowiązkowe dla wszystkich złożonych w ramach poddziałania wniosków. Jeżeli jednak dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający, Zatwierdzający zaznacza znakiem X odpowiedź TAK.

#### **II. B. Sprawdzający został wyznaczony:**

**Losowo.** W przypadku losowego wyznaczenia wniosku, który będzie weryfikowany przez Sprawdzającego należy zaznaczyć znakiem X odpowiedź TAK.

Dobór próby metodą losową dokonuje się na podstawie planowanych do złożenia w danym miesiącu przez lokalne grupy działania wniosków o płatność (liczbę tych wniosków określa się na podstawie danych z załącznika nr 1 do umowy o przyznaniu pomocy). Na podstawie sumy wszystkich planowanych do złożenia w danym miesiącu wniosków należy określić wartość liczbową (stanowiącą 50% sumy planowanych do złożenia w danym miesiącu wniosków). Wartość ta będzie stanowiła minimalną liczbę wniosków, przy których weryfikacji zaleca się wyznaczenie Sprawdzającego.

W przypadku, gdy określona wartość liczbowa nie będzie mogła być osiągnięta w danym miesiącu, z powodu np. przesunięcia terminu złożenia wniosków na kolejny miesiąc, należy o taką wartość powiększyć pulę wniosków, przy których planowane jest wyznaczenie Sprawdzającego w kolejnym miesiącu.

**Ze wskazania.** Możliwe jest również wskazanie Sprawdzającego pomimo, iż wniosek nie został losowo wybrany do weryfikacji przez Sprawdzającego, jeżeli osoba upoważniona uzna to za konieczne. W tym przypadku należy zaznaczyć, znakiem X, odpowiedź TAK.

**Punkt 1** Zatwierdzający wpisuje imię i nazwisko wyznaczonego Sprawdzającego, datę dokonania czynności oraz składa swój podpis.

#### **II. C. Zmiana Sprawdzającego**

**Punkty 2 i 3** W trakcie oceny wniosku może zaistnieć konieczność zmiany Sprawdzającego. W takim przypadku Zatwierdzający wpisuje odpowiednio imię i nazwisko zmienionego Sprawdzającego oraz datę dokonania zmiany i składa swój podpis.

### **III. Podpisanie deklaracji bezstronności**

Przed rozpoczęciem weryfikacji wniosku o płatność Zatwierdzający oraz wyznaczeni przez Zatwierdzającego: Weryfikujący i Sprawdzający są zobowiązani, do podpisania deklaracji bezstronności, zgodnie ze wzorem D-2/355.

W punktach 1-3 należy zaznaczyć właściwą odpowiedź wskazującą czy ww. pracownicy podpisali deklarację bezstronności oraz wpisać datę dokonania wpisu.

# KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

K-2/355

## PROW na lata 2014-2020

**Działanie:** 19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER

**Poddziałanie:** 19.4 Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji

**Wniosek dotyczy:**

..... transzy pomocy

<b>Nazwa jednostki oceniającej wniosek:</b>	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna (UM)
<b>Znak sprawy:</b>	
<b>Nazwa Beneficjenta:</b>	
<b>Numer umowy o przyznaniu pomocy (umowy):</b>	
<b>Data przyjęcia wniosku w UM:</b>	...../...../20.....

**BLOK A**  
**WERYFIKACJA WSTĘPNA**

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. LGD ma zawartą umowę ramową z UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek w ramach danej transzy został złożony w terminie wynikającym z umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 i 6 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) nr 640/2014 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beneficjent nie podlega zakazowi dostępu do środków publicznych, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych <sup>2</sup> , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 640/2014 z dnia 11 marca 2014 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli oraz warunków odmowy lub wycofania płatności oraz do kar administracyjnych mających zastosowanie do płatności bezpośrednich, wsparcia rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz.Urz. UE L 181 z 20.6.2014, s. 48)

<sup>2</sup> ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz.885, z późn. zm.)

**CZĘŚĆ A1 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 Weryfikującego

Data i podpis

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

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

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

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził:\*\***

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

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

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

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

**Uwagi:**

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

**BLOK B**  
**WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z WARUNKAMI WYPŁATY**  
**KWOTY POMOCY W RAMACH TRANSZY, ZOBOWIĄZAŃ I WYLICZENIE KWOTY POMOCY W**  
**RAMACH TRANSZY ORAZ ROZLICZENIE PREFINANSOWANIA**

**CZĘŚĆ BI WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI**

**I. Weryfikacja załączników**

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów zatrudnienia przez Beneficjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1a. Umowy o pracę wraz z zakresami czynności pracowników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. 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"/>
1c. 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"/>	
2. Dokument/-y potwierdzające posiadanie tytułu prawnego do pomieszczenia, w którym znajduje się biuro LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Karta rozliczenia zadania w zakresie szkoleń / warsztatów / spotkań / działań komunikacyjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pełnomocnictwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe tytułu pomocy w ramach danej transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aktualny wyciąg z wyodrębnionego rachunku bankowego przeznaczonego do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zaświadczenie z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo - kredytowej określające wysokość odsetek w okresie od dnia wypłaty zaliczki / wyprzedzającego finansowania do dnia złożenia wniosku o płatność w ramach danej transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Oświadczenie Beneficjenta o prowadzeniu oddzielnego sytemu rachunkowości albo o korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego wraz z wyciągiem z polityki rachunkowości i zakładowego planu kont oraz z wydrukami z kont księgowych w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych w rozumieniu art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia nr 1305/2013, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji

--	--	--

--	--	--

**II. Inne załączniki**

Do wniosku dołączone zostały inne, niewymienione w części I załączniki

**Weryfikujący**

**Sprawdzający\***

TAK		ND
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

TAK		ND
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

TAK	DO UZUP	ND
<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"/>

TAK	DO UZUP	ND
<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. ....
3. ....

**III. Weryfikacja wniosku**

**Weryfikujący**

**Sprawdzający\***

TAK	DO UZUP
-----	---------

TAK	DO UZUP
-----	---------

1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu aktualnym na dzień składania wniosku, udostępnionym na stronie internetowej UM
2. Wniosek został wypełniony zgodnie z instrukcją, w tym m.in.:
- 2a. Wniosek i załączniki zostały podpisane przez osobę/y reprezentującą/e Beneficjenta / pełnomocnika
- 2b. Dane identyfikacyjne Beneficjenta wpisane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie
- 2c. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych

<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

**CZĘŚĆ B2 WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z WARUNKAMI WYPŁATY KWOTY POMOCY W RAMACH TRANSZY**

**I. Weryfikacja elementów skutkujących odmową wypłaty transzy pomocy**

**Weryfikujący**

**Sprawdzający\***

TAK	DO UZUP	ND
-----	---------	----

TAK	DO UZUP	ND
-----	---------	----

1. Beneficjent zrealizował lub realizuje operację zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzenia, w umowie oraz umowie ramowej, w tym zrealizował lub realizuje Plan Komunikacji
2. Beneficjent zatrudnia pracowników na zasadach wynikającym z § 5 ust. 1. pkt 3 umowy i ponosi z tego tytułu koszty
3. Beneficjent posiada tytuł prawny do pomieszczenia, w którym znajduje się biuro

<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Beneficjent prowadzi stronę internetową na potrzeby realizacji LSR i na stronie tej podany został do publicznej wiadomości Plan Komunikacji
5. Wniosek o płatność ostateczną został złożony nie później niż 31 marca 2023 r.

<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"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**II. Cel operacji**

**Weryfikujący**

**Sprawdzający\***

TAK NIE DO UZUP ND

TAK NIE DO UZUP ND

1. Cel operacji został zrealizowany
2. Cel operacji może zostać zrealizowany o ile realizowana jest LSR, w tym Plan Komunikacji oraz widoczny jest postęp w realizacji poddziałania „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich 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"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CZĘŚĆ B3 WERYFIKACJA ZOBOWIĄZAŃ I WYLICZENIE KWOTY POMOCY W RAMACH TRANSZY**

**I. Weryfikacja elementów skutkujących naliczeniem kar administracyjnych na etapie kontroli administracyjnej**

**Weryfikujący**

**Sprawdzający\***

TAK NIE DO UZUP ND

TAK NIE DO UZUP ND

1. Beneficjent realizuje Plan Komunikacji
2. Realizacja Planu Komunikacji jest zgodna z harmonogramem
3. Beneficjent prowadzi oddzielny system rachunkowości lub korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji
4. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania, zostały ujęte w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych zgodnie z wymogiem, o którym mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013
5. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania dotyczyły operacji
6. Beneficjent wymienił we wniosku dokumenty, które potwierdzają realizację operacji lub jej części
7. Beneficjent realizuje plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD
8. Plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD realizowany jest przez Beneficjenta zgodnie z harmonogramem
9. Beneficjent składa informacje monitorujące realizację operacji z zachowaniem terminów określonych w § 6 ust. 5 i 6 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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**II. Weryfikacja elementów skutkujących naliczeniem kar administracyjnych po etapie kontroli na miejscu / kontroli zadania w trakcie realizacji / kontroli na zlecenie, które zostały zrealizowane przed złożeniem wniosku o płatność**

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
1. Beneficjent informuje i rozpowszechnia informację o pomocy otrzymanej z EFRROW, zgodnie z przepisami Załącznika III do rozporządzenia 808/2014, opisanymi w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 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"/>
2. Beneficjent zamieścił w swojej siedzibie Tablicę informacyjną, o której mowa w przepisach Załącznika III do rozporządzenia nr 808/2014, w sposób określony w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 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"/>
3. Inne uchybienia, które stwierdzono w trakcie kontroli	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
3.1 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. Weryfikacja wnioskowanej kwoty pomocy w ramach transzy**

	Weryfikujący		Sprawdzający*					
	TAK	NIE	Adnotacje					
1. Data ponownego sporządzenia <i>Informacji dla LGD na potrzeby wypełniania wniosku o płatność w ramach poddziałania 19.4 PROW 2014-2020</i>	...../...../20.....		.....					
2. Maksymalna wnioskowana kwota pomocy w ramach transzy na dzień sporządzenia informacji	<input type="text"/>		zł	<table border="0"> <tr> <td>TAK</td> <td>NIE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	TAK	NIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAK	NIE							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
3. Wnioskowana kwota pomocy w ramach danej transzy wg wniosku	<input type="text"/>		zł	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4. Wnioskowana kwota pomocy w ramach danej transzy wg wniosku nie przekracza wartości przewidywanej wysokości środków finansowych pozostających do wypłaty	TAK	NIE	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
5. Wnioskowana kwota pomocy w ramach danej transzy wg wniosku nie przekracza wartości maksymalnej wnioskowanej kwoty pomocy w ramach transzy na dzień sporządzenia informacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**CZĘŚĆ B4 ROZLICZENIE PREFINANSOWANIA OPERACJI**

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	ND	TAK	ND
<b>I. W ramach wniosku rozliczeniu podlega zaliczka</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TAK	NIE
1. Kwota pomocy wg umowy	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			zł	
2. Kwota wypłaconej zaliczki	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			zł	
3. Kwota wypłaconych dotychczas kwot transz pomocy	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			zł	
4. Suma dotychczas wypłaconej kwoty zaliczki i transzy wypłaconej pomocy	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			zł	
5. Poziom wypłaconej pomocy	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			%	
	TAK	NIE	TAK	NIE
6. Kwota zaliczki podlega rozliczeniu w ramach wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę w ramach wniosku	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			zł	
	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	ND	TAK	ND
<b>II. W ramach wniosku rozliczeniu podlega wyprzedzające finansowanie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TAK	NIE
1. Kwota wypłaconego wyprzedzającego finansowania	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			zł	
2. Kwota rozliczająca wyprzedzające finansowanie w ramach wniosku	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			zł	

**CZĘŚĆ B5 WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z WARUNKAMI WYPŁATY KWOTY POMOCY W RAMACH TRANSZY, ZOBOWIĄZAŃ I WYLICZENIA KWOTY POMOCY W RAMACH TRANSZY ORAZ ROZLICZENIA PREFINANSOWANIA**

	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 usunięcia braków/złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

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

**Uwagi:**

.....  
 .....

**CZĘŚĆ B6 USUNIĘCIE BRAKÓW / ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ****I. Zakres wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień**

## 1. Zakres braków/wyjaśnień wg załącznika nr 1 (K 2.1/355)

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....
Odpowiedź należy złożyć najpóźniej w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....

**II. Wynik weryfikacji po wezwaniu do usunięcia braków / złożenia wyjaśnień**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny lub wymaga korekty kwoty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do ponownego wezwania do usunięcia braków / złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

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

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

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

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

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

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

**III. Zakres ponownego wezwania do usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień**

## 1. Zakres ponownego wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień wg załącznika nr 1 (K 2.1/355)

Data nadania/złożenia pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....
--	---------------------

**IV. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień:**

.....

.....

.....

.....

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez Beneficjenta:	...../...../20.....

**1. Wynik wyjaśnień (Weryfikujący):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Wynik wyjaśnień (Sprawdzający\*):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*\*Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego*

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

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

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

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

*\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego*

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

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

**\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego**

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

V. Wynik weryfikacji po wezwaniu do usunięcia braków / złożenia 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 kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

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

**BLOK C**  
**KONTROLA NA MIEJSCU**

**CZĘŚĆ C1 WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLI ZADANIA W TRAKCIE REALIZACJI / KONTROLI NA ZLECENIE**

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Operacja była ujęta w puli spraw typowanych do kontroli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Operacja została wytypowana do przeprowadzenia kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Operacja podlegała kontroli zadania w trakcie realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Operacja podlegała już kontroli na zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Data przeprowadzenia kontroli (kontroli na miejscu / kontroli zadania w trakcie realizacji / kontroli na zlecenie w poprzednich wnioskach)	.../.../20...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie kontroli na zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**CZĘŚĆ C2 WSTĘPNY WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLI ZADANIA W TRAKCIE REALIZACJI / KONTROLI NA ZLECENIE**

**I. Przyczyna kontroli na miejscu / kontroli zadania w trakcie realizacji / kontroli na zlecenie**

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Została przeprowadzona kontrola na miejscu w wyniku typowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. Data przeprowadzenia kontroli	...../...../20.....					
1b. Data przekazania Raportu z czynności kontrolnych	...../...../20.....					
2. Została przeprowadzona kontrola zadania w trakcie realizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Data przeprowadzenia kontroli	...../...../20.....					
2b. Data przekazania Raportu z czynności kontrolnych	...../...../20.....					
3. Została przeprowadzona kontrola na zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Data przeprowadzenia kontroli	...../...../20.....					
3b. Data przekazania Raportu z czynności kontrolnych	...../...../20.....					
4. Z raportu z czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**II. Zakres wymaganych wyjaśnień:**

Data doręczenia Beneficjentowi pisma:	...../...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....

**Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:**

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
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"/>

**CZĘŚĆ C3 WYNIK KONTROLI NA MIEJSCU / KONTROLI ZADANIA W TRAKCIE REALIZACJI / KONTROLI NA ZLECENIE**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i nie wymaga korekty kwoty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....  
 Data i podpis ...../...../20.....

**Sprawdził\*:**

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

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził:\*\***

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

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....  
 .....

**Uwagi:**

.....  
 .....

**BLOK D**  
**WYLICZENIE KAR ADMINISTRACYJNYCH / KWOTY POMOCY W RAMACH TRANSZY**

**CZĘŚĆ D1 WYLICZENIE KAR ADMINISTRACYJNYCH**

**I. Wyliczenie kar administracyjnych w odniesieniu do przyznanej kwoty pomocy**

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wysokość środków finansowych na wsparcie funkcjonowania LGD w umowie ramowej	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brak realizacji zobowiązania w zakresie dotyczącym informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW, zgodnie z przepisami Załącznika III do rozporządzenia 808/2014, w sposób określony w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Kod korekty	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca 0,1% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Brak zamieszczenia w siedzibie Beneficjenta Tablicy informacyjnej, o której mowa w przepisach Załącznika III do rozporządzenia 808/2014, w sposób określony w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Kod korekty	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 1% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Brak wywiązywania się Beneficjenta z obowiązku dokumentowania zrealizowanej operacji lub jej części oraz przechowywania całości dokumentacji związanej z przyznaną pomocą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Kod korekty	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 0,5 % kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Brak wywiązywania się Beneficjenta z obowiązku prowadzenia oddzielnego systemu rachunkowości lub korzystania z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji, w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5a. Kod korekty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 1% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
6. Brak wywiązywania się Beneficjenta z wymogu dotyczącego składania w terminach określonych w § 6 ust. 5 i 6 umowy, <i>Informacji monitorującej realizację operacji</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6a. Liczba <i>Informacji (...)</i> , do których ma zastosowanie kara administracyjna	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6b. Kod korekty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6c. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 1% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6d. Ostateczna kwota kary administracyjnej uwzględniająca liczbę <i>Informacji (...)</i> , do których ma zastosowanie ww. kara	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
7. Brak stosowania przez Beneficjenta wymogu dotyczącego usunięcia braków w <i>Informacji monitorującej realizację operacji</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7a. Kod korekty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 1% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
8. Brak realizacji Planu Komunikacji	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8a. Kod korekty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 5% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
9. Brak realizacji przez Beneficjenta Planu Komunikacji zgodnie z harmonogramem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9a. Kod korekty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 1% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
10. Brak realizacji przez Beneficjenta planu szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10a. Kod korekty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 5% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	TAK	NIE	TAK	NIE
11. Brak realizacji planu szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD zgodnie z harmonogramem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11a. Kod korekty		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11b. Kwota kary administracyjnej, stanowiąca równowartość 1% kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Suma zastosowanych kar w odniesieniu do kwoty wyrażonej w złotych określonej w § 4 ust. 3 umowy ramowej (2b.+3b.+4b.+5b.+6d.+7b.+8b.+9b.+10b.+11b.)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II. Wyliczenie kar administracyjnych w odniesieniu do kwoty transakcji

	Weryfikujący	Sprawdzający*
1. Kwota transakcji (ogółem), które nie zostały ujęte w oddzielnym systemie rachunkowości lub w przypadku których nie został zastosowany odpowiedni kod rachunkowy, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji, w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych, w odniesieniu do płatności realizowanych z wyodrębnionego rachunku bankowego Beneficjenta, przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

	TAK	NIE	TAK	NIE
2. W związku z brakiem realizacji zobowiązania prowadzenia oddzielnego systemu rachunkowości lub korzystania z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych, w odniesieniu do płatności realizowanych z wyodrębnionego rachunku bankowego Beneficjenta przeznaczonego do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania, naliczona zostaje kara administracyjna stanowiąca równowartość 10% kwoty transakcji, której uchybienie dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2a. Kod korekty		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Kwota kary administracyjnej	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Suma zastosowanych kar administracyjnych (D1 I.11 + D1 II. 2b)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Uwagi

.....

.....

.....

**D2 WYLICZENIE KWOTY POMOCY W RAMACH TRANSZY**

Weryfikujący

Sprawdzający\*

TAK

NIE

1. Wyliczona kwota pomocy w ramach transzy

zł

2. Suma zastosowanych kar administracyjnych w ramach wniosku (D1 II. 3)

zł

**3. Kwota do refundacji**

zł

4. Słownie: .....

5. Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę

zł

6. Kwota do refundacji (po rozliczeniu zaliczki)

zł

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

.....

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

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

.....

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

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

.....

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

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

.....

**Uwagi**

.....

.....

.....

**BLOK E**  
**OCENA KOŃCOWA WNIOSKU**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do wypłaty pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do wypłaty części pomocy w ramach transzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zmiana wyniku weryfikacji			<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

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

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

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

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

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

Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego (dotyczy zmiany w pkt. 3):

.....

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

Data wysłania pisma do Beneficjenta o odmowie wypłaty części pomocy w ramach transzy (P-5A/355):	...../...../20.....
Data doręczenia Beneficjentowi pisma P-5A/355 :	...../...../20.....
Data wysłania pisma do Departamentu Księgowości ARiMR przekazującego zlecenie płatności (P-5/363):	...../...../20.....
Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o przekazaniu do ARiMR zlecenia płatności (P-4/355)	...../...../20.....



**KARTA WERYFIKACJI  
INFORMACJI  
MONITORUJĄCEJ REALIZACJĘ OPERACJI**

KoM-2/355

**PROW na lata 2014-2020**

**Działanie:** 19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER

**Poddziałanie:** 19.4 Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji

**Informacja dotyczy okresu:**

.....20.....r. -.....20..... r.

<b>Nazwa jednostki oceniającej Informację:</b>	Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna (UM)
<b>Znak sprawy:</b>	
<b>Nazwa Beneficjenta:</b>	
<b>Numer umowy o przyznaniu pomocy (umowy):</b>	
<b>Data przyjęcia Informacji w UM:</b>	...../...../20.....



**BLOK A  
WERYFIKACJA WSTĘPNA**

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. LGD ma zawartą umowę ramową z UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja została złożona w terminie wynikającym z umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CZĘŚĆ A1 WYNIK WERYFIKACJI WSTĘPNEJ**

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
<b>1. Informacja kwalifikuje się do dalszej oceny</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził:\*\***

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

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

**Uwagi:**

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

## BLOK B WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ WERYFIKACJA ZOBOWIĄZAŃ

### CZĘŚĆ B1 WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

#### I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
1. Dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów zatrudnienia przez Beneficjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1a. Umowy o pracę wraz z zakresami czynności pracowników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. 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"/>	
1c. 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"/>	
2. Dokument/-y potwierdzające posiadanie tytułu prawnego do pomieszczenia, w którym znajduje się biuro LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Karta rozliczenia zadania w zakresie szkoleń /warsztatów/spotkań/działań komunikacyjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aktualny wyciąg z wyodrębnionego rachunku bankowego przeznaczonego do obsługi zaliczki /wyprzedzającego finansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oświadczenie Beneficjenta o prowadzeniu oddzielnego sytemu rachunkowości albo o korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego wraz z wyciągiem z polityki rachunkowości i zakładowego planu kont oraz z wydrukami z kont księgowych w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych w rozumieniu art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia nr 1305/20132, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### II. Inne załączniki

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO UZUP	ND	TAK	DO UZUP	ND
Do <i>Informacji</i> dołączone zostały inne, niewymienione w części I załączniki	<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"/>	<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"/>

### III. Weryfikacja Informacji

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	DO UZUP	TAK	DO UZUP
1. Informacja została złożona na właściwym formularzu aktualnym na dzień składania Informacji, udostępnionym na stronie internetowej UM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja została wypełniona zgodnie z instrukcją, w tym m.in.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Informacja i załączniki zostały podpisane przez osobę/y reprezentującą/e Beneficjenta / pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Dane identyfikacyjne Beneficjenta wpisane w Informacji są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Liczba załączników podana w Informacji zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

### CZĘŚĆ B2 WERYFIKACJA ZOBOWIĄZAŃ

#### I. Weryfikacja elementów, które mogą skutkować odmową wypłaty transzy pomocy w wyniku kontroli administracyjnej wniosku o płatność

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	NIE	DO UZUP	TAK	NIE	DO UZUP
1. Beneficjent realizuje operację zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu, w umowie oraz umowie ramowej, w tym realizuje Plan Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent zatrudnia pracowników na zasadach wynikających z § 5 ust. 1. pkt 3 umowy i ponosi z tego tytułu koszty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent posiada tytuł prawny do pomieszczenia, w którym znajduje się biuro LGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beneficjent prowadzi stronę internetową na potrzeby realizacji LSR i na stronie tej podany został do publicznej wiadomości Plan Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### II. Weryfikacja elementów, które mogą skutkować naliczeniem kar administracyjnych na etapie kontroli administracyjnej wniosku o płatność

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO UZUP	ND	TAK	NIE	DO UZUP	ND
1. Beneficjent realizuje Plan Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Realizacja Planu Komunikacji jest zgodna z harmonogramem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Beneficjent prowadzi oddzielny system rachunkowości lub korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013 <sup>1</sup> , dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 4. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania, zostały ujęte w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych zgodnie z wymogiem, o którym mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki / wyprzedzającego finansowania dotyczyły 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"/> |
| 6. Beneficjent wskazał dokumenty, które potwierdzają realizację operacji lub jej części  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
| 7. Beneficjent realizuje plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
| 8. Plan szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD realizowany jest przez Beneficjenta zgodnie z harmonogramem  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |

**III. Weryfikacja elementów mogących skutkować naliczeniem kar administracyjnych po etapie kontroli na miejscu / kontroli zadania w trakcie realizacji / kontroli na zlecenie, które zostały zrealizowane przed złożeniem *Informacji (...)***

- |  | Weryfikujący             |                          |                          |                          | Sprawdzający*            |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | TAK                      | NIE                      | DO<br>UZUP               | ND                       | TAK                      | NIE                      | DO<br>UZUP               | ND                       |
| 1. Beneficjent informuje i rozpowszechnia informację o pomocy otrzymanej z EFRROW, zgodnie z przepisami Załącznika III do rozporządzenia 808/2014, opisanymi w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 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"/> |
| 2. Beneficjent zamieścił w swojej siedzibie Tablicę informacyjną, o której mowa w przepisach Załącznika III do rozporządzenia nr 808/2014, w sposób określony w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 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"/> |
| 3. Inne uchybienia, które stwierdzono w trakcie kontroli   | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
|  | TAK                      | NIE                      | DO<br>UZUP               | ND                       | TAK                      | NIE                      | DO<br>UZUP               | ND                       |
| 3.1 .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CZĘŚĆ B3 WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ WERYFIKACJI ZOBOWIĄZAŃ**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Informacja kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja wymaga usunięcia braków /złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Podczas oceny Informacji stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nieprawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

**Uwagi:**

.....

<sup>1</sup>rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 487, z późn. zm.)

**CZĘŚĆ B4 USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ****I. Zakres wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień**

## 1. Zakres braków/wyjaśnień wg załącznika nr 1 (K 2.1/355)

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....
Odpowiedź należy złożyć najpóźniej w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....

**II. Wynik weryfikacji po wezwaniu do usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Informacja kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informacja kwalifikuje się do ponownego wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Podczas oceny Informacji stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nie prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....

**III. Zakres ponownego wezwania do usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień**

## 1. Zakres ponownego wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień wg załącznika nr 1 (K 2.1/355)

Data nadania/złożenia pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	...../...../20.....
--	---------------------

**IV. Zakres oraz uzasadnienie dodatkowych wyjaśnień:**

.....

.....

.....

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie wyjaśnień:	...../...../20.....
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:	...../...../20.....
Data nadania/złożenia wyjaśnień przez Beneficjenta:	...../...../20.....

**1. Wynik wyjaśnień (Weryfikujący):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Wynik wyjaśnień (Sprawdzający\*):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*\*Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego*

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego

.....

Data i podpis

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

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego

.....

Data i podpis

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

*\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego*

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

.....

Data i podpis

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

**\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego**

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

**V. Wynik weryfikacji po wezwaniu do usunięcia braków/ złożenia wyjaśnień**

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. <i>Informacja</i> kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Podczas oceny <i>Informacji</i> stwierdzono, że Beneficjent nie realizuje/nie prawidłowo realizuje zobowiązania wynikające z umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:**

Imię i nazwisko Weryfikującego .....

Data i podpis .....

**Sprawdził:\***

Imię i nazwisko Sprawdzającego .....

Data i podpis .....

\* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

**Zatwierdził\*\*:**

Imię i nazwisko Zatwierdzającego .....

Data i podpis .....

\*\* Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk Weryfikującego i Sprawdzającego

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**

.....

.....

.....