

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY

| | Weryfikujący | | | | Sprawdzający* | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | ND | TAK | NIE | DO WEZW. | ND |
| 1. Podmiotem jest: gmina; powiat; związek międzygminny lub związek powiatów | <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. Operacja realizowana jest na obszarze należącym do: gminy wiejskiej; gminy miejsko-wiejskiej, z wyłączeniem miast liczących powyżej 5000 mieszkańców lub gminy miejskiej z wyłączeniem miejscowości liczących powyżej 5000 mieszkańców. | <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. Operacja jest zgodna z celem szczegółowym określonym dla tego poddziałania w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 i jej realizacja pozwoli na osiągnięcie tego celu. | <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. Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 oraz rozporządzeniu. | <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 jest adekwatny do zakresu pomocy określonego w zestawieniu rzeczowo-finansowym. | <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. Operacja została uwzględniona w planie finansowym podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Koszty kwalifikowalne przedstawione we wniosku są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowalnych w ramach poddziałania „Wsparcie inwestycji związanych z tworzeniem, ulepszaniem lub rozbudową wszystkich rodzajów małej infrastruktury, w tym inwestycji w energię odnawialną i w oszczędzanie energii” dla typu operacji „Budowa lub modernizacja dróg lokalnych” oraz zasadami dotyczącymi kwalifikowalności. | <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. Operacja realizowana jest w nie więcej niż dwóch etapach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność końcową, będącą refundacją kosztów kwalifikowalnych, nastąpi w terminie określonym w rozporządzeniu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Podmiot posiada udokumentowane prawo do dysponowania nieruchomością, na której będzie realizowana operacja, przez okres realizacji operacji oraz co najmniej przez okres 5 lat od wypłaty płatności końcowej. | <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. Operacja łączy jednostki osadnicze określone w ustawie z dnia 29 sierpnia 2003 r. o urzędowych nazwach miejscowości i obiektów fizjograficznych (Dz. U. Nr 166, poz.1612 oraz z 2005 r. Nr 17, poz.141) z istniejącą drogą publiczną | <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. Operacja została uwzględniona w dokumencie planistycznym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|---|
| 13. Operacja jest spójna z dokumentem strategicznym | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Suma kosztów kwalifikowalnych nie przekroczy kwoty 1 mln EUR | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Operacja nie może zostać zrealizowana bez wsparcia środków publicznych UE | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15a NDW – Nakłady inwestycyjne, które zostałyby poniesione w przypadku nieotrzymania pomocy finansowej. | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15b tDW – Czas, o jaki wydłużyłaby się realizacja inwestycji w przypadku niekorzystania z pomocy finansowej przez Wnioskodawcę. | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15c NC – Nakłady całkowite na realizację operacji | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15d tc – Całkowity czas realizacji operacji, zaplanowany we wniosku | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15e EDW – wartość procentowa EFEKTU DEADWEIGHT | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

B3: WERYFIKACJA POZIOMU I LIMITU POMOCY**I. Weryfikacja poziomu pomocy operacji**

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | TAK | NIE | DO WEZW. |
| 1. Wysokość wnioskowanej kwoty pomocy wynosi 63,63% kosztów kwalifikowalnych dla tej operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Weryfikacja limitu pomocy operacji

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | TAK | NIE | DO WEZW. |
| 1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu w wysokości 3 000 000 zł na podmiot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B4: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI ND**Uwagi:**

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

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ ZGODNOŚCI Z
ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY**

B5: WYNIK WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

I. Wynik weryfikacji wniosku

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający ** |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek wymaga wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** 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 karty

| | |
|--|-----------|
| Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień: | dd/mm/rrr |
| Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia : | dd/mm/rrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień | dd/mm/rrr |

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

IIa. 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 kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

B6: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI KOSZTÓW¹

WERYFIKACJA ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU

ND

WERYFIKACJA ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ

ND

WERYFIKACJA KRZYŻOWA

¹ racjonalność w rozumieniu art. 48 rozporządzenia Komisji (UE) 809/2014**I. Weryfikacja racjonalności kosztów**

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN |
| 1. Koszty poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji odpowiadają cenom rynkowym. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Weryfikacja założeń biznesplanu

ND

III. Weryfikacja zasadności ekonomicznej

ND

IV. Weryfikacja krzyżowa

| | Weryfikujący | | | | Sprawdzający* | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | N/D | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | N/D |
| 1. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach poprzednich naborów na operacje typu „Budowa lub modernizacja dróg lokalnych” objętych PROW 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. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach poddziałania 19.2. „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętych PROW na lata 2014-2020, w zakresie dróg | <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. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach "Programu rozwoju gminnej i powiatowej infrastruktury drogowej na lata 2016-2020" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. Wynik

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do wydania rostrzygnięcia niezbędne jest wezwanie podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy do złożenia wyjaśnień | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

Va. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

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

VI. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ



| | |
|--|------------|
| Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień: | dd/mm/rrrr |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | dd/mm/rrrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień: | dd/mm/rrrr |

VIa. 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"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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

VII. Wynik weryfikacji - 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 - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

B7: AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO**AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI** **ND****I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego**

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kwota o jaką podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie podmiotu wdrażającego | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 2a. Kwota o jaką podmiot wdrażający zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy | <input type="text"/> zł | | <input type="text"/> zł | |

II. Aktualizacja prefinansowania operacji **ND**

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**): _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI
ORAZ ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY**

WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

B8 WYNIK

WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

WERYFIKACJI RACJONALNOŚCI KOSZTÓW

**WERYFIKACJI ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU/ ZASADNOŚCI
EKONOMICZNEJ**

ND

WERYFIKACJI KRZYŻOWEJ

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

WIZYTA ¹
C:
KONTROLA ²

¹ Wizyta - art. 48 ust 5 rozporządzenia nr 809/2014

² Kontrola - art. 46 ust 1 pkt 1 ustawy o wrow

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający ** | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizyty/kontroli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wizyty/odstąpienia od przeprowadzenia wizyty.

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

Elementy podlegające sprawdzeniu:

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

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

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

Uwagi:

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

II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

| | |
|--|------------|
| Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień | |
| | dd/mm/rrrr |

III. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

| | 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 wizyty/kontroli 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 w ograniczonym zakresie i wymaga aktualizacji Zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO

C1:

AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

- PO WIZYCIE/KONTROLI

I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kwota o jaką podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie podmiotu wdrażającego | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 2a. Kwota o jaką podmiot wdrażający zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy | <input type="text"/> zł | | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |

II. Aktualizacja prefinansowania operacji

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. Ocena punktowa operacji

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|----------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| | Liczba przyznanych punktów | Maksymalna liczba punktów | TAK | NIE |
| 1. Podstawowy dochód podatkowy gminy, w której jest planowana realizacja operacji w przeliczeniu na 1 mieszkańca, obliczany zgodnie z przepisami o dochodach jednostek samorządu terytorialnego, opublikowany przez urząd obsługujący ministra właściwego do spraw finansów publicznych do stosowania w roku, w którym nastąpiło ogłoszenie o naborze | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="5"/> pkt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Bezrobocie w powiecie, na obszarze którego jest położona gmina, w której jest planowana realizacja operacji, w okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o przyznanie pomocy było wyższe lub równe średniej krajowej | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="2"/> pkt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Operacja jest powiązana z inwestycjami dotyczącymi tworzenia pasywnej infrastruktury szerokopasmowej lub na obszarze realizacji operacji istnieje funkcjonująca sieć szkieletowa | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="1"/> pkt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Droga objęta operacją prowadzi bezpośrednio do obiektu użyteczności publicznej | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="2"/> pkt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Operacja dotyczy drogi łączącej się z drogą o wyższej kategorii | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="3"/> pkt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. Operacja jest realizowana w porozumieniu pomiędzy gminami lub powiatami lub gminą a powiatem | <input type="text"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. Kryterium regionalne | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="4"/> pkt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| OGÓLEM punktów | <input type="text"/> pkt | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ia. Weryfikacja osiągnięcia minimalnej wymaganej liczby punktów

| Minimalna liczba punktów | min | przyznana | Sprawdzający* | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| | | | TAK | NIE |
| dla operacji | <input type="text" value="9"/> pkt | <input type="text"/> pkt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

II. Wynik oceny punktowej

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający** | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Wniosek o przyznanie pomocy uzyskał wymaganą minimalną liczbę punktów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| miejsce na liście | | | |
| Data wpisania na listę: | dd/mm/rrr | dd/mm/rrr | dd/mm/rrr |

Zweryfikował: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

Sprawdził*: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

Zatwierdził**: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

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

Uwagi:

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

III. Weryfikacja limitu pomocy dla podmiotu ubiegającego się o wsparcie

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|--|---|---|---|
| | LIMIT POMOCY | TAK | TAK |
| 1. Limit pomocy dostępny dla podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy | <input type="text"/> , <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | TAK NIE | TAK NIE | TAK NIE |
| 2. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu dla podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

IV. Sprawdzenie dostępności środków na udzielenie pomocy

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający** | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| Operacja umieszczona na liście mieści się w limicie środków na operacje typu budowa lub modernizacja dróg lokalnych, dostępnych w danym województwie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Data sprawdzenia dostępności środków: | | | | | | |
| | dd/mm/rrr | | dd/mm/rrr | | dd/mm/rrr | |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

V. WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

| | Weryfikujący | | Sprawdzający | | Zatwierdzający | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Wniosek o przyznanie pomocy jest przewidziany do finansowania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PRYZNANA KWOTA POMOCY: | <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | zł |
| słownie złotych: | | | | | | |

Zweryfikował: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

Sprawdził*: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

Zatwierdził***: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

E: ODMOWA PRYZNANIA POMOCY/POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA/WYCOFANIE WNIOSKU W CAŁOŚCI

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

Przyczyny odmowy przyznania pomocy/pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia

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

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

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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

F: ZAWARCIE UMOWY



| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | | Zatwierdzający | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | N/D | TAK | NIE | N/D | TAK | NIE | N/D |
| 1. Czy podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy stawil się w wyznaczonym terminie do zawarcia umowy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 1.1. Czy zaistniała konieczność wyznaczenia kolejnego terminu do zawarcia umowy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. Czy podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy stawil się w nowym wyznaczonym terminie do zawarcia umowy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy do zawarcia umowy stawily się osoby upoważnione do jej podpisania? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Czy podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy podpisał i złożył weksel in blanco oraz deklarację wekslową? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | |
|--|--------------------|
| Data zawarcia (podpisania) umowy o przyznanie pomocy | dd/mm/rrrr |
| Data wysłania egzemplarza umowy do ARiMR/Data wprowadzenia do systemu danych dot. zawarcia umowy | dd/mm/rrrr |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

Uwagi:

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

Załącznik nr 1. USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ

Zakres braków/złożenie wyjaśnień

| | Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY

PROW 2014-2020

Działanie M07: Podstawowe usługi i odnowa wsi na obszarach wiejskich
Poddziałanie 7.2: Wsparcie inwestycji związanych z tworzeniem, ulepszaniem lub rozbudową wszystkich rodzajów małej infrastruktury, w tym inwestycji w energię odnawialną i w oszczędzanie energii.

Typ operacji 7.2.2: Gospodarka wodno-ściekowa

Znak sprawy:

Nazwa podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy:

Data złożenia wniosku:

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Osoby dokonujące oceny wniosku o przyznanie pomocy

1. Weryfikujący

(imię i nazwisko Weryfikującego)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - | | | - | | | | |
| d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - | | | - | | | | |
| d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - | | | - | | | | |
| d | d | - | m | m | - | r | r | r | r |

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

A. Dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający:

TAK NIE

Losowo* Ze wskazania

TAK TAK

B. Sprawdzający został wyznaczony:

1. Sprawdzający

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

- -

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

- -

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

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

3. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

- -

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

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

* ze wszystkich złożonych wniosków o przyznanie pomocy w podmiocie wdrażającym, wybierane jest 10% wniosków, dla których wyznaczony jest Sprawdzający.

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

| | Wstawić "X" we właściwym miejscu | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Weryfikujący | | Sprawdzający ^A | |
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w ogłoszeniu o naborze wniosków | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek zawiera dane identyfikujące podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust 3 pkt 4 ustawy o finansach publicznych ¹ , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 oraz ust. 6 rozporządzenia nr 640/2014 ² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uwagi:

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

I. Wynik weryfikacji wstępnej:

| | Weryfikujący | | Sprawdzający [*] | | Zatwierdzający ^{**} | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1 Wniosek kwalifikuje się do dalszej weryfikacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm)

² 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 20.06.2014 r., str.48)

B0: USTALENIE LISTY OPERACJI - KOLEJNOŚĆ PRZYSLUGIWANIA POMOCY

1. Ocena punktowa

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|--|----------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Liczba przyznanych punktów | Maksymalna liczba punktów | TAK | NIE |
| 1. Podstawowy dochód podatkowy gminy, w której jest planowana realizacja operacji w przeliczeniu na 1 mieszkańca, obliczony zgodnie z przepisami o dochodach jednostek samorządu terytorialnego, kształtuje się w roku, w którym nastąpiło ogłoszenie o naborze | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="4"/> pkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Średnia stopy bezrobocia w powiecie, na obszarze którego planowana jest realizacja operacji, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających miesiąc rozpoczęcia terminu naboru wniosków o przyznanie pomocy, była wyższa lub równa średniej krajowej stopy bezrobocia w tym okresie | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="1"/> pkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Operacja jest planowana na obszarze gminy, na którym jednolita część wód powierzchniowych jest zagrożona nieosiągnięciem celów środowiskowych wskazanych w Programie wodno-środowiskowym kraju | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="5"/> pkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wyrażony w % iloraz liczby ludności korzystającej z sieci wodociągowej znajdującej się na obszarze, o którym mowa w § 4 pkt 4, na którym jest planowana realizacja operacji i liczby mieszkańców na tym obszarze, zwany dalej „wskaźnikiem zwodociągowania gminy”, według danych Głównego Urzędu Statystycznego na dzień rozpoczęcia naboru wniosków o przyznanie pomocy – w przypadku realizacji operacji w zakresie gospodarki wodnej | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="6"/> pkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wyrażony w % iloraz liczby ludności korzystającej z sieci kanalizacyjnej znajdującej się na obszarze, o którym mowa w § 4 pkt 4, na którym jest planowana realizacja operacji i liczby mieszkańców na tym obszarze, zwany dalej „wskaźnikiem skanalizowania gminy”, według danych Głównego Urzędu Statystycznego na dzień rozpoczęcia naboru wniosków o przyznanie pomocy - w przypadku realizacji operacji w zakresie gospodarki ściekowej | <input type="text"/> pkt | <input type="text" value="4"/> pkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wskaźnik zwodociągowania gminy według danych GUS dostępnych na dzień rozpoczęcia naboru wniosków o przyznanie pomocy w przypadku realizacji operacji z zakresu gospodarki ściekowej | <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Operacja dotyczy łącznie gospodarki wodnej i ściekowej | <input type="text"/> | <input type="text" value="1,5"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Operacja będzie realizowana w związku z tworzeniem pasywnej infrastruktury szerokopasmowej | <input type="text"/> | <input type="text" value="0,5"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kryterium regionalne: a)..... b)..... c)..... | <input type="text"/> pkt | <input type="text"/> pkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suma uzyskanych punktów | <input type="text"/> pkt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ia. Weryfikacja osiągnięcia minimalnej wymaganej liczby punktów

| | min | przyznana | Sprawdzający* | |
|--------------------------|--------|-----------|---------------|-----|
| | | | TAK | NIE |
| Minimalna liczba punktów | 12 pkt | □ pkt | □ | □ |

II. Wynik oceny punktowej

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający** | |
|--|--------------|-----|---------------|-----|------------------|-----|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Operacja uzyskała wymaganą minimalną liczbę punktów | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

III. Sprawdzenie dostępności środków

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający** | |
|--|--------------|-----|---------------|-----|------------------|-----|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Operacja umieszczona na liście mieści się w wysokości 150% limitu środków na operacje typu gospodarka wodno-ściekowa, dostępnych w danym województwie | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| Data sprawdzenia dostępności środków: | dd/mm/rrr | | dd/mm/rrr | | dd/mm/rrr | |

| | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| miejsce na liście operacji | | | |
| Data wpisania na listę: | dd/mm/rrr | dd/mm/rrr | dd/mm/rrr |

Uwagi:

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

IV. Wynik

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek o przyznanie pomocy kwalifikuje się do dalszej oceny - uzyskał minimalną wymaganą liczbę punktów oraz mieści się w dostępnym limicie środków | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek o przyznanie pomocy nie kwalifikuje się do dalszej oceny - uzyskał minimalną wymaganą liczbę punktów lecz nie mieści się w dostępnym limicie środków | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek o przyznanie pomocy nie kwalifikuje się do dalszej oceny - nie uzyskał minimalnej liczby punktów | <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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** 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 ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY, POZIOMU I LIMITU POMOCY ORAZ PREFINANSOWANIA OPERACJI

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| 1. Gmina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Związek międzygminny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Spółka, w której jedynymi udziałowcami są jednostki samorządu terytorialnego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Weryfikacja załączników

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pełnomocnictwo, jeżeli zostało udzielone - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dokument potwierdzający prawo do dysponowania nieruchomością - kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2a. Oświadczenie właściciela lub współwłaściciela nieruchomości, że wyraża zgodę na realizację operacji trwale związanej z nieruchomością, jeżeli operacja realizowana jest na nieruchomości będącej w posiadaniu zależnym lub będącej przedmiotem współwłasności - oryginał | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kosztorys inwestorski – oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Decyzja o pozwoleniu na budowę – kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych właściwemu organowi - kopia wraz z: – oświadczeniem, że w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu – oryginał, lub – potwierdzeniem właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych – kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Decyzja o środowiskowych uwarunkowaniach - kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Szacunkowe zestawienie kosztów – oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Program funkcjonalno-użytkowy – oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego lub decyzja o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu – kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dokument strategiczny dotyczący obszaru, na którym planowana jest realizacja operacji, określający strategię rozwoju oraz obszary lub cele lokalnej polityki rozwoju – kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | DO WEZW. | ND | TAK | DO WEZW. | ND |
| 11. Opis zadań wymienionych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji - oryginał | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT - oryginał | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Interpretacja przepisów prawa podatkowego (interpretacja indywidualna) - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Analiza efektywności kosztowej – oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Mapy lub szkice sytuacyjne oraz rysunki charakterystyczne dotyczące umiejscowienia operacji - oryginał lub kopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Decyzje, pozwolenia lub opinie organów administracji publicznej, inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów przyznania pomocy, w tym kryterium regionalnego – kopie | <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"/> |

III. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Dane finansowe są we wniosku poprawne pod względem rachunkowym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Dane identyfikacyjne podmiotu ubiegającego się o wsparcie podane we wniosku są poprawne oraz zgodne z danymi zawartymi w załącznikach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Wniosek został podpisany przez osoby upoważnione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Uwagi:

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

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRZYZNAWANIA POMOCY

| | Weryfikujący | | | | Sprawdzający* | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | ND | TAK | NIE | DO WEZW. | ND |
| 1. Podmiotem jest: gmina; związek międzygminny lub spółka, której jedynymi udziałowcami są jednostki samorządu terytorialnego. | <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. Operacja realizowana jest na obszarze należącym do: gminy wiejskiej; gminy miejsko-wiejskiej, z wyłączeniem miast liczących powyżej 5000 mieszkańców lub gminy miejskiej z wyłączeniem miejscowości liczących powyżej 5000 mieszkańców. | <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. Operacja jest zgodna z celem szczegółowym określonym dla tego poddziałania w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 i jej realizacja pozwoli na osiągnięcie tego celu. | <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. Operacja jest zgodna z zakresem pomocy określonym w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 oraz rozporządzeniu. | <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 jest adekwatny do zakresu pomocy określonego w zestawieniu rzeczowo-finansowym. | <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. Koszty kwalifikowalne przedstawione we wniosku są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowalnych w ramach poddziałania „Wsparcie inwestycji związanych z tworzeniem, ulepszaniem lub rozbudową wszystkich rodzajów małej infrastruktury, w tym inwestycji w energię odnawialną i w oszczędzanie energii” dla typu operacji „Gospodarka wodno-ściekowa” oraz zasadami dotyczącymi kwalifikowalności. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Operacja realizowana jest w nie więcej niż dwóch etapach | <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. Zakończenie realizacji operacji i złożenie wniosku o płatność końcową, będącą refundacją kosztów kwalifikowalnych, nastąpi w terminie określonym w rozporządzeniu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Podmiot posiada udokumentowane prawo do dysponowania nieruchomością, na której będzie realizowana operacja, przez okres realizacji operacji oraz co najmniej przez okres 5 lat od wypłaty płatności końcowej. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Operacja jest spójna z dokumentem strategicznym dotyczącym obszaru, na którym planowana jest realizacja operacji danej gminy, określającym strategię rozwoju oraz obszary lub cele lokalnej polityki rozwoju tej gminy. | <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. Operacja została uwzględniona w miejscowym planie zagospodarowania przestrzennego albo w decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu | <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. Operacja realizowana jest poza terenem aglomeracji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|------|--|---|---|
| 13. | Suma kosztów kwalifikowalnych nie przekroczy kwoty 1 mln EUR | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. | Operacja realizowana jest zgodnie z analizą efektywności kosztowej | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. | Operacja realizowana jest zgodnie z przepisami UE określającymi wymagania dotyczące oczyszczania ścieków dla operacji dotyczących przydomowych oczyszczalni ścieków-ponadto zgodnie z normami EN 12566 określającymi wymagania w zakresie przydomowych oczyszczalni ścieków udostępnionych na stronie internetowej administrowanej przez Europejski komitet Normalizacyjny | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. | Operacja nie może zostać zrealizowana bez wsparcia środków publicznych UE | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16a. | NDW – Nakłady inwestycyjne, które zostałyby poniesione w przypadku nieotrzymania pomocy finansowej. | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16b. | tDW – Czas, o jaki wydłużyłaby się realizacja inwestycji w przypadku niekorzystania z pomocy finansowej przez Wnioskodawcę. | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16c. | NC – Nakłady całkowite na realizację operacji | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16d. | tc – Całkowity czas realizacji operacji, zaplanowany we wniosku | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16e. | EDW – wartość procentowa EFEKTU DEADWEIGHT | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

B3: WERYFIKACJA POZIOMU I LIMITU POMOCY**I. Weryfikacja poziomu pomocy operacji**

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | TAK | NIE | DO WEZW. |
| 1. Wysokość wnioskowanej kwoty pomocy wynosi 63,63% kosztów kwalifikowalnych dla tej operacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Weryfikacja limitu pomocy operacji

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WEZW. | TAK | NIE | DO WEZW. |
| 1. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu w wysokości 2 000 000 zł na podmiot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B4: WERYFIKACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI ND**Uwagi:**

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

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI ORAZ ZGODNOŚCI Z
ZASADAMI PRYZYNAWANIA POMOCY**

B5: WYNIK WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

I. Wynik weryfikacji wniosku

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający ** |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek wymaga wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** 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 I karty

| | |
|--|--------------------------|
| Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rr |
| Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia : | |
| | dd/mm/rr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień | <input type="checkbox"/> |
| | dd/mm/rr |

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

IIa. 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"/> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

IIb. Ponowne wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

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

| | |
|--|-----------|
| Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy ponownego 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 | dd/mm/rrr |

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

IIc Wynik weryfikacji po ponownym wezwaniu do usunięcia 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 kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko

data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

B6: WERYFIKACJA RACJONALNOŚCI KOSZTÓW¹

WERYFIKACJA ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU

ND

WERYFIKACJA ZASADNOŚCI EKONOMICZNEJ

ND

WERYFIKACJA KRZYŻOWA

¹racjonalność w rozumieniu art. 48 rozporządzenia Komisji (UE) 809/2014**I. Weryfikacja racjonalności kosztów**

| | Weryfikujący | | | Sprawdzający* | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN |
| 1. Koszty poszczególnych zadań wchodzących w skład operacji odpowiadają cenom rynkowym. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Weryfikacja założeń biznesplanu

ND

III. Weryfikacja zasadności ekonomicznej

ND

IV. Weryfikacja krzyżowa

| | Weryfikujący | | | | Sprawdzający* | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | N/D | TAK | NIE | DO WYJAŚNIEN | N/D |
| 1. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach poprzednich naborów na operacje typu Gospodarka wodno-ściekowa w ramach poddziałania „Wsparcie inwestycji związanych z tworzeniem, ulepszeniem lub rozbudową wszystkich rodzajów małej infrastruktury, w tym inwestycji w energię odnawialną i w oszczędzanie energii”, objętych PROW 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. Operacja, o której wsparcie ubiega się podmiot nie była finansowana w ramach naborów wniosków dla działania 321 „Podstawowe usługi dla gospodarki i ludności wiejskiej” objętego PROW na lata 2007-2013 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. Wynik

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do wydania rostrzygnięcia niezbędne jest wezwanie podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy do złożenia wyjaśnień | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

Va. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

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

VI. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ



| | |
|--|------------|
| Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Termin w którym należy złożyć wyjaśnienia: | |
| | dd/mm/rrrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień: | |
| | dd/mm/rrrr |

VIa. 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"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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

VII. Wynik weryfikacji - 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 - z zastrzeżeniem konieczności aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

B7: AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO**AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI****I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego**

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kwota o jaką podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie podmiotu wdrażającego | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 2a. Kwota o jaką podmiot wdrażający zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy | <input type="text"/> zł | | <input type="text"/> zł | |

II. Aktualizacja prefinansowania operacji

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

**WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI
ORAZ ZGODNOŚCI Z ZASADAMI PRYZNAWANIA POMOCY**

WERYFIKACJI POZIOMU I LIMITU POMOCY

WERYFIKACJI PREFINANSOWANIA OPERACJI

ND

B8 WYNIK

WERYFIKACJI RACJONALNOŚCI KOSZTÓW

**WERYFIKACJI ZAŁOŻEŃ BIZNESPLANU/ ZASADNOŚCI
EKONOMICZNEJ**

ND

WERYFIKACJI KRZYŻOWEJ

| | Weryfikujący | Sprawdzający* | Zatwierdzający** |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| 1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

I. Wynik wizyty/kontroli

| | |
|---|--|
| DATA PRZEPROWADZENIA WIZYTY/KONTROLI: | |
| DATA PRZEKAZANIA RAPORTU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH : | |

| | Weryfikujący | Sprawdzający [*] | Zatwierdzający ^{**} |
|---|--------------------------|---------------------------|------------------------------|
| | TAK | TAK | TAK |
| Z raportu dot. czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty/kontroli nie wynika | | | |
| 1. konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów - wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Z raportu dot. czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty/kontroli wynika, że | | | |
| 2. niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i | | | |
| 3. wymaga aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania | | | |
| 4. 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 _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** 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 podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień: | dd/mm/rrrr |
| Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia: | dd/mm/rrrr |
| Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień | dd/mm/rrrr |

III. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

| | 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 wizyty/kontroli 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 w ograniczonym zakresie i wymaga aktualizacji Zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy przyznania pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweryfikował: _____

imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____

imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził***: _____

imię i nazwisko
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

AKTUALIZACJA ZESTAWIENIA RZECZOWO-FINANSOWEGO

C1:

AKTUALIZACJA PREFINANSOWANIA OPERACJI

 ND

- PO WIZYCIE/KONTROLI

I. Aktualizacja zestawienia rzeczowo-finansowego

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Dokonano aktualizacji zestawienia rzeczowo-finansowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kwota o jaką podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji na wezwanie podmiotu wdrażającego | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 2a. Kwota o jaką podmiot wdrażający zaktualizował koszty kwalifikowalne w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 3. Ostateczna suma kosztów kwalifikowalnych operacji | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł |
| 4. Ostateczna wnioskowana kwota pomocy | <input type="text"/> zł | | <input type="text"/> zł | |

II. Aktualizacja prefinansowania operacji

 ND

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU

I. Ocena punktowa operacji

ND

II. Wynik oceny punktowej

ND

III. Weryfikacja limitu pomocy dla podmiotu ubiegającego się o wsparcie

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający** | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | LIMIT POMOCY | | TAK | | TAK | |
| 1. Limit pomocy dostępny dla podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy | <input type="text"/> | <input type="text"/> zł | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 2. Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu dla podmiotu ubiegającego się o przyznanie pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Sprawdzenie dostępności środków na udzielenie pomocy

| | Weryfikujący | | Sprawdzający* | | Zatwierdzający** | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| Operacja umieszczona na liście mieści się w limicie środków na operacje typu gospodarka wodno-ściekowa, dostępnych w danym województwie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Data sprawdzenia dostępności środków: | | | | | | |
| | dd/mm/rrr | | dd/mm/rrr | | dd/mm/rrr | |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

V. WYNIK WERYFIKACJI WNIOSKU

| | Weryfikujący | | Sprawdzający | | Zatwierdzający | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TAK | NIE | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1. Wniosek o przyznanie pomocy jest przewidziany do finansowania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PRYZNANA KWOTA POMOCY: | <div style="border: 2px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></div> zł | | | | | |
| słownie złotych: | | | | | | |
| | | | | | | |

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

** Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

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

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

Uwagi:

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

E: ODMOWA PRYZNANIA POMOCY/POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA/WYCOFANIE WNIOSKU W CAŁOŚCI

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

Przyczyny odmowy przyznania pomocy/pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia

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

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

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził***: _____
imię i nazwisko data i podpis

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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