

IV. Wynik kontroli na miejscu po wyjaśnieniach

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko
data i podpis

* 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:

E2: WYLICZENIE KWOTY DO REFUNDACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
Koszty kwalifikowalne					
1. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota zakwestionowanych kosztów dla operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie dla operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwota pomocy					
5. Kwota pomocy dla operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wnioskowana kwota pomocy dla operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zatwierdzona kwota do refundacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słownie złotych:					
środki EFMiR (85%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki krajowe (15%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

Sprawdził*: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

Zatwierdził: _____ imię i nazwisko _____ data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr

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

F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY/WYCOFANIE WNIOSKU

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

Przyczyny odmowy wypłaty pomocy

Część, w której nastąpiła odmowa wypłaty pomocy / wycofanie wniosku w całości

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o odmowie wypłaty pomocy/wycofaniu wniosku w całości	
	dd/mm/rrrr

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

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

Zakres braków/złożenie wyjaśnień

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

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

EFMiR 2014-2020

Priorytet 4: „Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej”
Program Operacyjny „Rybacktwo i Morze” (PO RYBY 2014-2020)
w zakresie działania:

Koszty bieżące i aktywizacja - **KBiA**

Rodzaj płatności:

pośrednia etap ____ / ____
końcowa

Znak sprawy:											
Nazwa Beneficjenta:											
Numer umowy o dofinansowanie:											
Data przyjęcia wniosku w UM:	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			-			-				
		-			-						

Osoby dokonujące oceny wniosku o płatność

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

Ze wskazania

B. Sprawdzający został wyznaczony:

TAK

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

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Wstawić "X" we właściwym miejscu			
	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek w ramach danej transzy został złożony w terminie wynikającym z rozporządzenia ¹ oraz umowy o dofinansowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beneficjent nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych ² , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu	<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. 210 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 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 oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____
 imię i nazwisko _____ data i podpis _____

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

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

* 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 Rozporządzenie Ministra Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej z dnia 6 września 2016 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania, wypłaty i zwrotu pomocy finansowej na realizację operacji w ramach działań wsparcie przygotowawcze i realizacja lokalnych strategii rozwoju kierowanych przez społeczność, w tym koszty bieżące i aktywizacja, objętych Priorytetem 4 Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej, zawartym w Programie Operacyjnym Rybactwo i Morze (Dz. U. poz. 1435)

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, z późn. zm.)

³ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 str. 320, z późn. zm.), zwanego dalej rozporządzeniem nr 1303/2013

B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZACYMI UDZIELANIA POMOCY ORAZ POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Faktury lub dokumenty księgowe o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodami zapłaty, zgodnie z zestawieniem dokumentów potwierdzających poniesione wydatki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Umowy z dostawcami lub wykonawcami zawierające specyfikację będącą podstawą wystawienia każdej z przedstawionych faktur lub innych dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, jeżeli nazwa towaru lub usługi w przedstawionej fakturze lub dokumencie o równoważnej wartości dowodowej, odnosi się do umów zawartych przez Beneficjenta lub nie pozwala na precyzyjne określenie kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów zatrudnienia przez Beneficjenta						
3a. 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"/>
3b. Lista/y płac z wyszczególnieniem wszystkich składników wynagrodzenia i kwot pobranych z tytułu opłaconych: składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c. Dokumenty potwierdzające poniesienie wszystkich składników wynagrodzenia i kwot pobranych z tytułu opłaconych: składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, zgodnie z listą płac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Plan szkoleń dla pracowników biura LGD i Rady LGD (załącznik wymagany jeżeli wystąpiły zmiany w stosunku do dokumentu dołączonego do wniosku o wybór LSR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Karta rozliczenia zadania w zakresie szkoleń / warsztatów / spotkań / działań komunikacyjnych objętych Planem Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dokumenty dotyczące rozliczenia w zakresie przeprowadzonych zadań o charakterze edukacyjnym, wydarzeń promocyjnych lub kulturalnych, opracowania dotyczącego obszaru objętego LSR oraz udzielonego doradztwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Rozliczenie w zakresie opracowania dotyczącego obszaru objętego LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Rozliczenie zadania o charakterze edukacyjnym oraz wydarzeń promocyjnych lub kulturalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. Lista obecności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oświadczenie LGD o kwalifikowalności VAT (jeżeli LGD ubiega się o włączenie VAT do kosztów kwalifikowalnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pełnomocnictwo (w przypadku, gdy zostało udzielone innej osobie niż podczas składania wniosku o dofinansowanie lub gdy zmienił się zakres poprzednio udzielonego pełnomocnictwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.	Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy w ramach danej transzy (jeżeli dotyczy - załącznik wymagany w przypadku, gdy wystąpiły zmiany po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy pomocy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Oświadczenie Beneficjenta o prowadzeniu oddzielnego sytemu rachunkowości albo o korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego wraz z wyciągami z polityki rachunkowości i zakładowego planu kont oraz z wydrukami z kont księgowych w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych w rozumieniu art. 125 ust. 4 lit. b rozporządzenia nr 1303/2013, dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji (załącznik wymagany w przypadku, gdy wystąpiły zmiany)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	Sprawozdanie z realizacji operacji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.	Dokumentacja z postępowania o udzielenie zamówienia wraz z załącznikami	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Złożone oferty wykonawców zadania ujętego w zestawieniu rzeczowo - finansowym operacji o wartości powyżej 20 000 zł netto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.	Umowa najmu lub dzierżawy maszyn, wyposażenia lub nieruchomości	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inne załączniki:

15.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Liczba załączników (razem):		

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

1.	Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Dane identyfikacyjne beneficjenta podane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Wniosek został podpisany przez osoby upoważnione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Uwagi:

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW

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

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
1. Cel operacji oraz wskaźniki jego realizacji zostały osiągnięte nie później niż do dnia złożenia wniosku o płatność końcową	<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. Cel operacji oraz wskaźniki jego realizacji mogą zostać osiągnięte pomimo niezrealizowania w pełni zakresu rzeczowo – finansowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:								

II. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą kosztów kwalifikowalnych oraz kwoty pomocy

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
1. Zrealizowany zakres z Zestawienia rzeczowo–finansowego z realizacji operacji jest zgodny z zakresem wymienionym w zestawieniu rzeczowo–finansowym operacji załączonym do umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Uzasadnienie zmian dokonanych w poszczególnych pozycjach zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji jest wystarczające do uznania kosztów za kwalifikowalne	<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. Zakres rzeczowy kosztów kwalifikowalnych z zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji ma pokrycie w załączonych do wniosku fakturach lub dokumentach księgowych o równoważnej wartości dowodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi dokonanie zapłaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Do refundacji zostały przedstawione koszty poniesione w związku z realizacją tej operacji poza obszarem LSR	<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. Do refundacji zostały przedstawione koszty poniesione przed dniem przyznania pomocy, lecz nie wcześniej niż w dniu 1 stycznia 2016 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"/>
6. Data sprzedaży na przedstawionych do refundacji fakturach lub dokumentach o równoważnej wartości dowodowej jest zgodna z okresem kwalifikowalności kosztów wskazanym w rozporządzeniu ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Koszty przedstawione do refundacji zawarte w przedłożonych fakturach lub dokumentach księgowych o równoważnej wartości dowodowej są kosztami kwalifikowalnymi zgodnie z umową o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Zachowano konkurencyjny tryb wyboru wykonawców poszczególnych zadań ujętych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji - w przypadku gdy do ich wyboru nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych	<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. Przedstawione faktury lub dokumenty księgowe o równoważnej wartości dowodowej są wystawione przez wykonawcę, któremu udzielono zamówienia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Zadania zrealizowane w ramach operacji nie zostały podzielone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Beneficjent przedłożył w terminie dokumentację z przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego	<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. Z faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej oraz dowodów zapłaty wynika, iż:		
12a. wynagrodzenia pracowników biura nie przekraczają kwoty 2-krotności średniego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej, ogłaszanego na podstawie odrębnych przepisów	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12b. diety członków rady nie przekraczają 200 zł brutto za każdy dzień uczestnictwa w posiedzeniu rady albo świadczenia przysługującego za ocenę każdego wniosku o dofinansowanie w wysokości przekraczającej 100 zł brutto i nie więcej niż 1000 zł brutto za ocenę wszystkich wniosków o dofinansowanie złożonych w terminie określonym w informacji o możliwości składania do LGD wniosków o dofinansowanie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12c. diety członków zarządu nie przekraczają miesięcznej kwoty średniego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej, ogłaszanego na podstawie odrębnych przepisów;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12d. diety członków organu kontroli wewnętrznej nie przekraczają 150 zł brutto za każdy dzień uczestniczenia w posiedzeniu tego organu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12e. diety z tytułu podróży służbowej pracowników biura, organu kontroli wewnętrznej, innych organów LGD, członków rady oraz członków zarządu nie przekraczają wysokości:		
- 50 zł brutto na dobę – w przypadku diety z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- 200 zł brutto na dobę – w przypadku diety z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Beneficjent prowadzi oddzielny system albo korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 125 ust. 4 lit. b rozporządzenia nr 1303/2013 ³ , dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji, w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki, zostały ujęte w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych zgodnie z wymogiem, o którym mowa w art. 125 ust. 4 lit. b rozporządzenia nr 1303/2013 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"/>
15. Wszystkie transakcje zrealizowane przez Beneficjenta z wyodrębnionego rachunku przeznaczonego wyłącznie do obsługi zaliczki dotyczyły operacji i zostały przeprowadzone bezgotówkowo	<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. Wnioskowana kwota do wypłaty nie przekracza 95% wysokości kwoty kosztów kwalifikowalnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Miejsce realizacji operacji zostało zmienione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. Prawo własności lub posiadania zostało zmienione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19. Realizacja Planu Komunikacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Materiały informacyjne i promocyjne lub inne dokumenty potwierdzające realizację operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wymagane pola w sprawozdaniu z realizacji operacji zostały wypełnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wskaźnik realizacji celu operacji został zrealizowany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

(w tym decyzja i uzasadnienie Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk między Weryfikującym a Sprawdzającym)

B3: WERYFIKACJA POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	DO WEZW.	TAK	DO WEZW.
1. Przedstawione faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej zostały opłacone w całości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Przedstawione faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej są zgodne z wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dane finansowe w zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji wynikają z danych zawartych w wykazie faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Przedstawione faktury lub dokumenty o równoważnej wartości dowodowej odnoszą się do właściwych pozycji Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Łączne kwoty kosztów kwalifikowalnych z Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji są zgodne z Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej i kwotą we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wnioskowana kwota pomocy jest poprawnie wyliczona i nie przekracza kwoty określonej w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

C: WYNIK

C1: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY ORAZ POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM

I. Wynik weryfikacji wniosku

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

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

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

* 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 do karty

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

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

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

IIb. Ponowne wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

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

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie ponownego usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	<input type="checkbox"/>

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

IIc. Wynik weryfikacji po ponownym wezwaniu do usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko

_____ data i podpis

* 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:

C2. WERYFIKACJA KRZYŻOWA

ND

I. Weryfikacja krzyżowa

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND
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"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								

II. Wynik

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<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:

IIa. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

III. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ

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

IIIa. Wynik wyjaśnień

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

C3: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI UDZIELANIA POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko
data i podpis

* 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: WIZYTA

KONTROLA NA MIEJSCU

KONTROLA NA ZLECENIE

Kontrola wykonywana z art. 27 oraz w trybie art. 30 ustawy o wspieraniu zrównoważonego rozwoju sektora rybackiego z udziałem EFMIR

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

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia kontroli na miejscu.

Elementy podlegające sprawdzeniu:

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

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

* 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 kontroli na miejscu

KONTROLA NA MIEJSCU

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

KONTROLA NA ZLECENIE

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

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

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

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

III. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Wynik kontroli na miejscu po wyjaśnieniach

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko data i podpis

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

* 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:

E2: WYLICZENIE KWOTY DO REFUNDACJI

	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
Koszty kwalifikowalne					
1. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu/operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu/operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota zakwestionowanych kosztów dla danego etapu/operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie dla danego etapu/operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwota pomocy					
5. Kwota pomocy dla danego etapu/ operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wnioskowana kwota pomocy dla danego etapu/operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zatwierdzona kwota do refundacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słownie złotych:					
środki EFMiR (85%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki krajowe (15%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

Zatwierdził: _____
imię i nazwisko _____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:	<input type="text"/>
	<small>dd/mm/rrrr</small>

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