

C2: WERYFIKACJA KRZYŻOWA

I. Weryfikacja krzyżowa

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w ramach PROW na lata 2014-2020 w zakresie</p> <p>1. poddziałań obsługiwanych przez OR ARiMR, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie poddziałania 4.2, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p>	<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 w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy:								
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie poddziałania 7 Podstawowe usługi i odnowa wsi na obszarach wiejskich, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p>	<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 w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy:								
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie poddziałań 19.2 i 19.3, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie działań objętych PROW 2007-2013 obsługiwanych przez UM, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p>	<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 w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy:								
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:								

<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie działań objętych PROW 2007-2013</p> <p>6. obsługiwanych przez OR ARiMR, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy:</p>		
<p>Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:</p>		
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie programów operacyjnych realizowanych w ramach PS na lata 2014-2020, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p> <p>7.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:</p>		
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w ramach PO NSRO 2007-2013, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p> <p>8.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:</p>		
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie PO "Rybacktwo i Morze", stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p> <p>9.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:</p>		

II. Wynik

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający**
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny - operacja nie została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do wydania rozstrzygnięcia niezbędne jest wezwanie Beneficjenta do złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy - operacja została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych.	<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/rrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	<input type="checkbox"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:	<input type="checkbox"/>
	dd/mm/rrr

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"/>
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:

C3: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI WYPŁATY POMOCY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ KONTROLI KRZYŻOWEJ

		Weryfikujący	Sprawdzający [*]	Zatwierdzający ^{**}
		TAK	TAK	TAK
1.	Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i nie wymaga korekty 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 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: WIZYTA¹

KONTROLA NA MIEJSCU²

KONTROLA NA ZLECENIE³

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

² Kontrola na miejscu - art. 49 rozporządzenia 809/2014

³ Kontrola na zlecenie - art. 46 ust 1 pkt 1 ustawy o EFRROW

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizyty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Operacja była ujęta w puli spraw typowanych do kontroli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. 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"/>
3. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie kontroli na zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 _____

* 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

WIZYTA		
DATA PRZEPROWADZENIA :	_____	<input type="checkbox"/>
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU	_____	
KONTROLA NA MIEJSCU		
DATA TYPOWANIA :	_____	<input type="checkbox"/>
sposób typowania:	_____	
DATA PRZEPROWADZENIA:	_____	
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU:	_____	
KONTROLA NA ZLECENIE		
DATA PRZEPROWADZENIA:	_____	<input type="checkbox"/>
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU:	_____	

	Weryfikujący	Sprawdzający*	Zatwierdzający **
	TAK	TAK	TAK
1. Z raportu czynności kontrolnych nie wynika konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Z raportu czynności kontrolnych wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kosztów kwalifikowalnych i kwoty wnioskowanej 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 złożeniu wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia :	
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	<input type="checkbox"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:	<input type="checkbox"/>
	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 o 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:

E: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH I KWOTY WNIOSKOWANEJ DO REFUNDACJI ORAZ ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI I ROZLICZENIE WYPRZEDZAJĄCEGO FINANSOWANIA/ ZALICZKI

E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH

I.p.	Nr pozycji z wykazu faktur	Nr faktury lub dokumentu o równoważnej wartości dowodowej	Pozycja w zestawieniu rzeczowo-finansowym	Kwota zakwestionowanych kosztów (w zł)	Uzasadnienie	Kod przyczyny korekty
1	2	3	4	5	6	7

RAZEM: zł

1. Kwota korekty w wyniku kontroli administracyjnej (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 7 nie zaznaczono kodów) zł

2. Kwota korekty w wyniku kontroli na miejscu (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 7 zaznaczono kody) zł

3. **Przyczyna korekty kwoty pomocy w wyniku kontroli na miejscu (kod/kody)**

4. Czy zastosowano karę do kosztów kwalifikowalnych, które nie zostały uwzględnione w oddzielnym systemie rachunkowości albo do jego identyfikacji nie wykorzystano odpowiedniego kodu rachunkowego? TAK NIE

A. Kwota korekty w wyniku weryfikacji poziomu kosztów ogólnych zł

B. Kwota korekty w wyniku weryfikacji poziomu kosztów zakupu środków transportu zł

C.	Kwota korekty w wyniku weryfikacji poziomu kosztów udostępnienia gruntu lub nieruchomości	<input type="text"/>	zł
D.	Kwota korekty w wyniku weryfikacji wysokości wkładu rzeczowego w formie nieodpłatnej	<input type="text"/>	zł
5.	Suma kwot korekt (A.+B.+C.+D.)	<input type="text"/>	zł
6.	Suma kwoty zakwestionowanych kosztów i suma kwot korekt (poz. 5 + poz. Razem)	<input type="text"/>	zł

E1: KOREKTA KWOTY KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH - PODMIOTY WSPÓLNIE REALIZUJĄCE OPERACJĘ W ZAKRESIE WSPIERANIA WSPÓŁPRACY

(sekcja powielana dla wszystkich podmiotów wspólnie realizujących operację)

Nr podmiotu wspólnie realizującego operację

--	--	--

l.p.	Nr pozycji z wykazu faktur	Nr faktury lub dokumentu o równoważnej wartości dowodowej	Pozycja w zestawieniu rzeczowo-finansowym	Kwota zakwestionowanych kosztów (w zł)	Uzasadnienie	Kod przyczyny korekty
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM:					zł	

1. Kwota korekty w wyniku kontroli administracyjnej (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 7 nie zaznaczono kodów)	<input style="width: 80%;" type="text"/>	zł
2. Kwota korekty w wyniku kontroli na miejscu (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 7 zaznaczono kody)	<input style="width: 80%;" type="text"/>	zł
3. Przyczyna korekty kwoty pomocy w wyniku kontroli na miejscu (kod/kody)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
4. Czy zastosowano karę do kosztów kwalifikowalnych, które nie zostały uwzględnione w oddzielnym systemie rachunkowości albo do jego identyfikacji nie wykorzystano odpowiedniego kodu rachunkowego?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
A. Kwota korekty w wyniku weryfikacji poziomu kosztów ogólnych	<input style="width: 80%;" type="text"/>	zł
B. Kwota korekty w wyniku weryfikacji poziomu kosztów zakupu środków transportu	<input style="width: 80%;" type="text"/>	zł
C. Kwota korekty wartości gruntu i nieruchomości w wyniku przekroczenia poziomu łącznych wydatków kwalifikowalnych dla danej operacji	<input style="width: 80%;" type="text"/>	zł
D. Kwota korekty w wyniku weryfikacji wysokości wkładu rzeczowego w formie nieodpłatnej	<input style="width: 80%;" type="text"/>	zł

5. Suma kwot korekt (*A.+B.+C.+D.*)

zł

6. Suma kwoty zakwestionowanych kosztów i suma kwot korekt (*poz. 5 + poz. Razem*)

zł

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Kwota zakwestionowanych kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie (poz. 2- poz. 3)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kwota pomocy					
5. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Wnioskowana kwota do refundacji wg wniosku o płatność	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Różnica pomiędzy wnioskowaną kwotą do refundacji wg wniosku o płatność, a kwotą pomocy dla danego etapu operacji wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów <i>naależy podać w % [(poz. 6-poz. 7)/poz. 7]*100 oraz w pln (poz. 6-poz. 7)</i>	<input type="text"/> % <input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Czy w wyniku korekty kwoty pomocy przekraczającej 10 % dokonano zmniejszenia?</i>	TAK <input type="text"/>	NIE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Wstępnie zatwierdzona kwota do refundacji <i>w przypadku niezastosowania zmniejszenia (poz. 7) w przypadku zastosowania zmniejszenia (poz. 7- poz. 8)</i>	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Kwota pomniejszenia w wyniku zastosowania kary administracyjnej za naruszenie zasad konkurencyjności wydatków / przepisów konkurencyjnego trybu wyboru wykonawców zadań ujętych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji lub za naruszenie przepisów o zamówieniach publicznych w ramach PROW na lata 2014-2020 / niezgodności dotyczącej stosowania przepisów o zamówieniach publicznych	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Kwota pomniejszenia w wyniku zastosowania kar wynikających z umowy	<input type="text"/> zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Zatwierdzona kwota do refundacji <i>(poz. 9 - poz. 10 - poz. 11)</i>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Słownie złotych:						
środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
środki krajowe (36,37%)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
środki własne Beneficjenta stanowiące wymagany krajowy wkład środków publicznych <i>(w przypadku jednostki sektora finansów publicznych)</i>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

E2: WYLICZENIE KWOTY DO REFUNDACJI - PODMIOTY WSPÓLNIE REALIZUJĄCE OPERACJĘ W ZAKRESIE WSPIERANIA WSPÓLPRACY

(sekcja powielana dla wszystkich podmiotów wspólnie realizujących operację)

Nr podmiotu wspólnie realizującego operację

--	--	--

	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
Koszty kwalifikowalne					
1. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota kosztów kwalifikowalnych dla danego etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota zakwestionowanych kosztów kwalifikowalnych	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie (poz. 2- poz. 3)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwota pomocy					
5. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wnioskowana kwota do refundacji wg wniosku o płatność	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów (po weryfikacji)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Różnica pomiędzy wnioskowaną kwotą do refundacji wg wniosku o płatność, a kwotą pomocy dla danego etapu operacji wynikającą z prawidłowo poniesionych kosztów <i>należy podać w % [(poz. 6-poz. 7)/poz. 7]*100 oraz w pln (poz. 6-poz. 7)</i>	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wstępnie zatwierdzona kwota do refundacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kwota pomniejszenia w wyniku zastosowania kary administracyjnej za naruszenie zasad konkurencyjności wydatków / przepisów konkurencyjnego wyboru wykonawców zadań ujętych w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji lub za naruszenie przepisów o zamówieniach publicznych w ramach PROW na lata 2014-2020	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kwota pomniejszenia w wyniku zastosowania kar wynikających z umowy (suma kar), w tym:	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Zatwierdzona kwota do refundacji (poz. 8 - poz. 9 - poz. 10)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Słownie złotych:						
środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
środki krajowe (36,37%)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
środki własne Beneficjenta stanowiące wymagany krajowy wkład środków publicznych (w przypadku jednostki sektora finansów publicznych)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

E3: ROZLICZENIE PREFINANSOWANIA

I. ROZLICZENIE WYPRZEDZAJĄCEGO FINANSOWANIA

	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
1. Kwota wypłaconego wyprzedzającego finansowania	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zwrócona kwota środków wyprzedzającego finansowania	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota środków wyprzedzającego finansowania odliczona (rozliczona) dla etapów/operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota wyprzedzającego finansowania do potrącenia (poz. 1 - poz 2 oraz poz 3)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kwota rozliczająca pobrane wyprzedzające finansowanie w tym etapie operacji (poz. 9 z E2 * 36,37 %)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kwota do refundacji - po rozliczeniu wyprzedzającego finansowania (poz. 12 z E2 - poz. 5)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki krajowe (36,37%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki własne Beneficjenta stanowiące wymagany krajowy wkład środków publicznych (w przypadku jednostki sektora finansów publicznych)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pozostała kwota wyprzedzającego finansowania do zwrotu (dotyczy płatności ostatecznej) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kwota odsetek do zwrotu <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data doręczenia pisma dot. konieczności zwrotu wyprzedzającego finansowania		dd/mm/rrrr			
Data przekazania ZW-1/12 do ARiMR		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:

II. ROZLICZENIE ZALICZKI



	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
1. Kwota wypłaconej zaliczki	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zwrócona kwota zaliczki przez Beneficjenta	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota zaliczki odliczona (rozliczona) dla etapów/operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota zaliczki do potrącenia (poz. 1 - poz 2 oraz poz 3)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę w tym etapie operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kwota do refundacji - po rozliczeniu zaliczki (poz 12 z E2 - poz. 5)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki krajowe (36,37%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki własne Beneficjenta stanowiące wymagany krajowy wkład środków publicznych (w przypadku jednostki sektora finansów publicznych)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pozostała kwota zaliczki do zwrotu (dotyczy płatności ostatecznej)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kwota odsetek do zwrotu	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data doręczenia pisma dot. konieczności zwrotu zaliczki	dd/mm/yyyy				
Data przekazania ZW-1/12 do ARiMR	dd/mm/yyyy				

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:

E3: ROZLICZENIE PREFINANSOWANIA - PODMIOTY WSPÓLNIE REALIZUJĄCE OPERACJĘ W ZAKRESIE WSPIERANIA WSPÓLPRACY

(sekcja powielana dla wszystkich podmiotów wspólnie realizujących operację)

I. ROZLICZENIE WYPRZEDZAJĄCEGO FINANSOWANIA

Nr podmiotu wspólnie realizującego operację

		Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający		
			TAK	NIE	TAK	NIE	
1.	Kwota wypłaconego wyprzedzającego finansowania	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zwrócona kwota środków wyprzedzającego finansowania	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kwota środków wyprzedzającego finansowania odliczona (rozliczona) dla etapów/operacji	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kwota wyprzedzającego finansowania do potrącenia (poz. 1 - poz 2 oraz poz 3)	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kwota rozliczająca pobrane wyprzedzające finansowanie w tym etapie operacji	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kwota do refundacji - po rozliczeniu wyprzedzającego finansowania	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	środki krajowe (36,37%)	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	środki własne Beneficjenta stanowiące wymagany krajowy wkład środków publicznych (w przypadku jednostki sektora finansów publicznych)	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Pozostała kwota wyprzedzającego finansowania do zwrotu (dotyczy płatności ostatecznej)	<input type="text"/>	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Kwota odsetek do zwrotu	<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

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

Uwagi:

E3: ROZLICZENIE PREFINANSOWANIA - PODMIOTY WSPÓLNIE REALIZUJĄCE OPERACJĘ W ZAKRESIE WSPIERANIA WSPÓLPRACY

(sekcja powielana dla wszystkich podmiotów wspólnie realizujących operację)

II. ROZLICZENIE ZALICZKI

Nr podmiotu wspólnie realizującego operację

	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
1. Kwota wypłaconej zaliczki	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zwrócona kwota zaliczki przez Beneficjenta	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota zaliczki odliczona (rozliczona) dla etapów/operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota zaliczki do potrącenia (poz. 1 - poz 2 oraz poz 3)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę w tym etapie operacji	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kwota do refundacji - po rozliczeniu zaliczki	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki krajowe (36,37%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki własne Beneficjenta stanowiące wymagany krajowy wkład środków publicznych (w przypadku jednostki sektora finansów publicznych)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pozostała kwota zaliczki do zwrotu (dotyczy płatności ostatecznej)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kwota odsetek do zwrotu	<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

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

Uwagi:

F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY/WYCOFANIE WNIOSKU

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

Przyczyny odmowy wypłaty pomocy

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko
data i podpis

Zatwierdził: _____
imię i nazwisko
data i podpis

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

* 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"/>

Załącznik nr 2a. WERYFIKACJA POSTĘPOWANIA PRZEPORWADZONEGO W TRYBIE ZASAD KONKURENCYJNOŚCI

Kategoria naruszenia zasady konkurencyjności	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	Wystąpiło uchybienie	Nie wystąpiło uchybienie	DO WEZW.	Wystąpiło uchybienie	Nie wystąpiło uchybienie	DO WEZW.
<p>Niezamieszczenie zapytania ofertowego na stronie internetowej</p> <p>a) beneficjenta (o ile beneficjent posiada taką stronę) – przed dniem określonym w komunikacie, o którym mowa w ust. 8 zasad konkurencyjności albo</p> <p>1. b) wskazanej w komunikacie, o którym mowa w ust. 8 zasad konkurencyjności, od dnia określonego w tym komunikacie</p> <p>- ale wysłanie zapytania ofertowego do co najmniej trzech potencjalnych wykonawców.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						
<p>Zamieszczenie zapytania ofertowego na stronie internetowej beneficjenta (o ile beneficjent posiada taką stronę) – przed dniem określonym w komunikacie, o którym mowa w ust. 8 zasad konkurencyjności -</p> <p>2. i niewysłanie zapytania ofertowego do co najmniej trzech potencjalnych wykonawców (w ogóle nie wysłano, wysłano do mniej niż trzech, brak uzasadnienia, że na rynku nie istnieje trzech potencjalnych wykonawców).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						
<p>Niezamieszczenie zapytania ofertowego na stronie internetowej</p> <p>a) beneficjenta (o ile beneficjent posiada taką stronę) – przed dniem określonym w komunikacie, o którym mowa w ust. 8 zasad konkurencyjności albo</p> <p>3. b) wskazanej w komunikacie, o którym mowa w ust. 8 zasad konkurencyjności, od dnia określonego w tym komunikacie</p> <p>i niewysłanie zapytania ofertowego do co najmniej trzech potencjalnych wykonawców (w ogóle nie wysłano, wysłano do mniej niż trzech, brak uzasadnienia, że na rynku nie istnieje trzech potencjalnych wykonawców).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						

<p>Udzielenie zamówienia podmiotowi powiązanemu kapitałowo lub osobowo z beneficjentem, 4. z naruszeniem zasady określonej w ust. 6 zasad konkurencyjności</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>5. Brak informacji o warunkach udziału w postępowaniu oraz kryteriach i sposobie oceny ofert wymaganych stosownie do zasad określonych w ust. 5 pkt 1 zasad konkurencyjności</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>6. Określenie kryteriów oceny ofert w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję oraz nie zapewnia równego traktowania wykonawców</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>7. Naruszenie w zakresie wyboru najkorzystniejszej oferty.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>8. Ustalenie krótszych niż określone w zasadach konkurencyjności terminów składania ofert.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>9. Opis niezgodny z wymogiem określonym w ust. 5 pkt 1 lit a tiret drugie zasad konkurencyjności. opisanie przedmiotu zamówienia w sposób, który odnosi się do określonego wyrobu, źródła, znaków towarowych, patentów, rodzajów lub specyficznego pochodzenia, chyba że takie odniesienie jest uzasadnione przedmiotem zamówienia i został określony zakres równoważności.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		

<p>Opis niezgodny z wymogiem określonym w ust. 5 pkt 1 lit a tiret pierwsze zasad konkurencyjności. opisanie przedmiotu zamówienia w sposób niejednoznaczny i niewyczerpujący, za pomocą niedostatecznie dokładnych i niezrozumiałych określeń, nieuwzględniający wszystkich wymagań i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>Modyfikacja treści zapytania ofertowego 1) po upływie terminu składania ofert 2) przed upływem terminu składania ofert bez dopełnienia warunków określonych w zastrzeżeniu, o którym mowa w ust. 10 lit b zasad konkurencyjności.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>Niedozwolona zmiana umowy z wykonawcą – dokonanie istotnej zmiany umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru wykonawcy, chyba że możliwość i warunki dokonania takiej zmiany zostały przewidziane w zapytaniu ofertowym; – zmiana umowy polegająca na zmniejszeniu zakresu świadczenia wykonawcy w stosunku do zobowiązania zawartego w ofercie.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>Naruszenie w zakresie dokumentowania postępowania – dokumentowanie postępowania w sposób uniemożliwiający potwierdzenie przestrzegania przez beneficjenta zasad konkurencyjności.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
<p>Czy przedmiot zamówienia jest zgodny z zakresem rzeczowym zestawienia rzeczowo finansowego stanowiącego załącznik do Umowy o przyznaniu pomocy?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		

15. Czy w postępowaniu wystąpiły inne naruszenia mające wpływ na jego wynik?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		

STWIERDZONE NARUSZENIA ZASAD KONKURENCYJNOŚCI SKUTKUJĄCE KARAMI ADMINISTRACYJNYMI		
l.p.	Opis naruszenia	Kara administracyjna w PLN / %
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

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 2b. WERYFIKACJA POSTĘPOWANIA PRZEPROWADZONEGO W TRYBIE KONKURENCYJNEGO WYBORU WYKONAWCÓW ZADAŃ UJĘTYCH W ZESTAWIENIU RZECZOWO-FINANSOWYM OPERACJI

Rodzaj niezgodności	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	Wystąpiła niezgodność	Nie wystąpiła niezgodność	DO WEZW.	Wystąpiła niezgodność	Nie wystąpiła niezgodność	DO WEZW.
1. Niedopełnienie obowiązku upublicznienia zapytania ofertowego (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						
2. Niedopełnienie obowiązku upublicznienia zapytania ofertowego (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						
3. Niedopełnienie obowiązku upublicznienia zapytania ofertowego (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						
4. Wybranie wykonawcy będącego podmiotem powiązany kapitałowo lub osobowo z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w jego imieniu, lub osobami wykonującymi w jego imieniu czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania w sprawie wyboru wykonawcy (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						
5. Określenie dyskryminujących warunków udziału w postępowaniu (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 5 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzasadnienie:						

6. Nieokreślenie lub niewłaściwe określenie kryteriów oceny ofert (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 6 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
7. Nieokreślenie lub niewłaściwe określenie opisu sposobu przyznawania punktów za spełnienie danego kryterium oceny oferty (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
8. Niezgodność w zakresie wyboru najkorzystniejszej oferty (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 8 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
9. Ustalenie zbyt krótkich terminów składania ofert (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 9 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
10. Niejednoznaczny opis zadania (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 10 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
11. Dyskryminacyjny opis zadania (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 11 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		

12. Niedozwolona zmiana treści zapytania ofertowego (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 12 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
13. Niedozwolona zmiana umowy z wykonawcą (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 13 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
14. Niedopełnienie obowiązku upublicznienia informacji o wyniku postępowania (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 14 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
15. Niezgodność w zakresie dokumentowania postępowania (zgodnie z opisem niezgodności zawartym w pkt 15 załącznika nr 2 do rozporządzenia MRiRW z dnia 13 stycznia 2017)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
16. Inne niezgodności (wypisać jeżeli wystąpiły)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		
17. Czy przedmiot postępowania jest zgodny z zakresem rzeczowym zestawienia rzeczowo-finansowego stanowiącego załącznik do Umowy przyznaniu pomocy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
uzasadnienie:		

**STWIERDZONE NIEZGODNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA KONKURENCYJNEGO TRYBU WYBORU WYKONAWCY
SKUTKUJĄCE KARAMI ADMINISTRACYJNYMI**

l.p.	Opis niezgodności	Kara administracyjna w PLN / %
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

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 3. WERYFIKACJA DOKUMENTÓW PRAWNEGO ZABEZPIECZENIA ZALICZKI

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	DO WEZW.	TAK	DO WEZW.
1. Złożone dokumenty prawnego zabezpieczenia dotyczące wypłaty transzy zaliczki są poprawne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy podmiot, który wystawił dokument prawnego zabezpieczenia zaliczki widnieje w Rejestrze Upoważnionych Gwarantów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy podpisy gwaranta widniejące na dokumencie prawnego zabezpieczenia zaliczki są zgodne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

**KARTA WERYFIKACJI
WNIOSKU O PŁATNOŚĆ**

PROW 2014-2020

Działanie 19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER
Poddziałanie 19.2 Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju
lokalnego kierowanego przez społeczność, w zakresie
podejmowania działalności gospodarczej

Rodzaj płatności:

I transzy II transzy

Znak sprawy:	
Imię i nazwisko/nazwa Beneficjenta:	
Numer umowy o przyznaniu pomocy:	
Data przyjęcia 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 płatność

1. Weryfikujący

(imię i nazwisko Weryfikującego)

		-			-					
d	d	-	m	m	-	r	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	r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

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

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

A. Dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający:

TAK

NIE

Ze wskazania

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

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Wstawić "X" we właściwym miejscu			
	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w umowie o przyznaniu pomocy	<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 4 ustawy o finansach publicznych ¹ , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu, wydanego po zawarciu umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 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 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 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U z 2016 r. poz. 1870, 1948, 1984, i 2260 oraz z 2017 r. poz. 60)

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, z póź. zm.)

B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ ORAZ ZASADAMI DOTYCZACYMI WYPŁATY POMOCY

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

A. Załączniki do wniosku o płatność pierwszej transzy	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia emerytalnego, ubezpieczeń rentowych i ubezpieczenia wypadkowego na podstawie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych z tytułu wykonywania działalności gospodarczej, do której stosuje się przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej tj.: zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA, deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ostateczna decyzja środowiskowa, jeżeli jej wydanie jest wymagane odrębnymi przepisami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych właściwemu organowi, wraz z: - oświadczeniem, że w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu albo - potwierdzenie właściwego organu, że nie wniósł sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ostateczna decyzja o pozwoleniu na budowę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Umowa cesji wierzytelności – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pełnomocnictwo – (w przypadku, gdy zostało udzielone innej osobie niż podczas składania wniosku o przyznanie pomocy 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"/>
8. Pozwolenia, zezwolenia i inne decyzje, których uzyskanie jest wymagane przez odrębne przepisy do realizacji inwestycji objętych operacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Załączniki do wniosku o płatność drugiej transzy	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Dokumenty potwierdzające utworzenie miejsc pracy	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1a. Umowy o pracę wraz z zakresami czynności (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji)(nie dotyczy samozatrudnienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1b. Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA (dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1c. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA (wraz z ZUS RCA (RCX), ZUS RSA, ZUS RZA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dokumenty potwierdzające rzeczową realizację biznesplanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Oświadczenie Beneficjenta o wyodrębnieniu osobnych kont albo korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego w rozumieniu art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ostateczne pozwolenie na użytkowanie obiektu budowlanego, jeśli taki obowiązek wynika z przepisów prawa budowlanego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zawiadomienie właściwego organu o zakończeniu budowy złożone co najmniej 14 dni przed zamierzonym terminem przystąpienia do użytkowania, jeżeli obowiązek taki wynika z przepisów prawa budowlanego lub właściwy organ nałożył taki obowiązek - oryginał lub kopia wraz z: - oświadczeniem Beneficjenta, że w ciągu 14 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót właściwy organ nie wniósł sprzeciwu – oryginał albo - zaświadczeniem wydanym przez właściwy organ, że nie wnosi sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót budowlanych będzie przedkładane przed upływem 14 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania lub Oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu ww. czynności z udziałem środków własnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kosztorys różnicowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inne dokumenty potwierdzające osiągnięcie celów i pozostałych wskaźników realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sprawozdanie z realizacji biznesplanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy (jeżeli numer rachunku uległ zmianie 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"/>
11. Umowa cesji wierzytelności	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Pełnomocnictwo – (jeżeli zostało udzielone lub nastąpiła zmiana po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Zaświadczenie z właściwej Ewidencji Ludności o miejscu pobytu stałego lub czasowego na obszarze wiejskim objętym LSR od dnia złożenia wniosku o przyznanie pomocy do dnia złożenia wniosku o płatność drugiej transzy - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o płatność	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Inne pozwolenia, zezwolenia, decyzje i inne dokumenty, których uzyskanie było wymagane przez odrębne przepisy w związku ze zrealizowaną operacją	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14a.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14b.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inne załączniki:

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"/>

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu aktualnym na dzień składania wniosku, udostępnionym na stronie internetowej UM	<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"/>

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 487, z późn. zm.).

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I ZASADAMI WYPŁATY POMOCY

I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie odmową wypłaty pomocy

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
A. Weryfikacja elementów wymaganych dla pierwszej transzy	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
1. Beneficjent podjął we własnym imieniu działalność gospodarczą, do której stosuje się przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i dokonał zgłoszenia działalności gospodarczej do rejestru CEIDG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Beneficjent dokonał zgłoszenia działalności gospodarczej do rejestru działalności regulowanej	<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. Beneficjent zgłosił się do ubezpieczenia emerytalnego, ubezpieczeń rentowych i ubezpieczenia wypadkowego na podstawie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych z tytułu wykonywanej działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beneficjent uzyskał pozwolenia, zezwolenia i inne decyzje, których uzyskanie jest wymagane przez odrębne przepisy do realizacji inwestycji objętych operacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Weryfikacja elementów wymaganych dla drugiej transzy	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
1. Beneficjent zrealizował operację zgodnie z biznesplanem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Beneficjent utworzył, zadeklarowane w umowie miejsca pracy (w przeliczeniu na pełne etaty średnioroczne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. W ramach nowych miejsc pracy, Beneficjent utworzył miejsca pracy obejmujące osoby z grupy defaworyzowanej w liczbie zgodniej z umową o przyznaniu 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"/>
4. Dokumenty przedstawione przez Beneficjenta potwierdzają zrealizowanie operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Cel operacji i wskaźniki jego realizacji zostały osiągnięte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Spełnione zostały warunki określone w § 3 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. W odniesieniu do Beneficjenta nie ogłoszono upadłości/nie toczy się postępowanie restrukturyzacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.	Weryfikacja sprawozdania z realizacji biznesplanu (w przypadku płatności końcowej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a.	Wszystkie wymagane pola w Sprawozdaniu (...) zostały wypełnione zgodnie z instrukcją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	Sprawozdanie (...) zostało podpisane przez Beneficjenta/osobę reprezentującą Beneficjenta /Pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c.	Dane Beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d.	Przebieg realizacji biznesplanu i wykonanie zakresu rzeczowego są zgodne z postanowieniami umowy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzasadnienie:					

II. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą wnioskowanej do wypłaty kwoty pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Beneficjent wyodrębnił osobne konta albo korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013 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"/>
2. Kwota pomocy nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ORAZ ZASADAMI DOTYCZĄCYMI WYPŁATY POMOCY

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/rrrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia:	 dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	<input type="checkbox"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia	<input type="checkbox"/> dd/mm/rrrr

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"/>
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
