KRAJNA NAD NOTECIĄ
Lokalna Grupa Działania

Załącznik numer 3 do Procedury oceny i wyboru operacji

KARTA USTALENIA KWOTY WSPARCIA

TYTUŁ PROJEKTU:	
NAZWA WNIOSKODAWCY:	
DATA WPŁYWU WNIOSKU:	
ZNAK SPRAWY NADANY W LGD:	
OCENIAJĄCY:	

*** Należy wskazać odpowiedź poprzez postawienie w odpowiedniej rubryce znaku "X" lub wpisanie prawidłowej kwoty. Na każde pytanie można udzielić jednej odpowiedzi. W razie uwag należy umieścić je w rubryce pn. "Uwagi".**

C.1.	**I. USTALENIE KWOTY WSPARCIA W PRZYPADKU POMOCY UDZIELANEJ W FORMIE REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH**			
	INTENSYWNOŚĆ POMOCY	**TAK**	**NIE**	**Uwagi**
C.1.1	Czy prawidłowo zastosowano wskazaną w LSR intensywność pomocy określoną dla danej grupy Beneficjentów w granicach określonych przepisami § 18 rozporządzenia MRiRW?			
	Ustalenie intensywności pomocy			**Uwagi**
	Jeśli "nie", to proszę wskazać prawidłową wartość pomocy przez odpowiednie zmniejszenie kwoty pomocy			
	LIMITY POMOCY	**TAK**	**NIE**	**Uwagi**
C.1.2	Czy wnioskowana kwota pomocy mieści się w limicie dostępnym dla danego Beneficjenta (pozostały do wykorzystania limit na Beneficjenta w okresie programowania 2014-2020)?			
	Ustalenie limitu pomocy			**Uwagi**
	Jeśli "nie", to proszę wskazać prawidłową wartość pomocy przez odpowiednie zmniejszenie kwoty pomocy			
	MAKSYMALNA KWOTA POMOCY	**TAK**	**NIE**	**Uwagi**
C.1.3	Czy prawidłowo zastosowano wskazaną w LSR lub w ogłoszeniu naboru wniosków o przyznanie pomocy maksymalną kwotę pomocy np. dla danego typu operacji / rodzaju działalności gospodarczej, w granicach określonych przepisami § 15 rozporządzenia MRiRW?			
	Ustalenie maksymalnej kwoty pomocy			**Uwagi**
	Jeśli "nie", to proszę wskazać prawidłową wartość pomocy poprzez odpowiednie zmniejszenie kwoty pomocy			

	KWALIFIKOWALNOŚĆ WYDATKÓW	**TAK**	**NIE**	**Uwagi**

WZÓR

C.1.4	Czy koszty stanowiące podstawę do wyliczenia kwoty pomocy są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowalnych oraz zasadami dotyczącymi kwalifikowalności określonymi w rozporządzeniu MRiRW?			

	Weryfikacja kosztów kwalifikowalnych	**Uwagi**
Jeśli "nie", to proszę wskazać, które wydatki wskazane w zestawieniu rzeczowo-finansowym nie są kwalifikowalne.		

l.p.	**Wyszczególnienie zakresu rzeczowego**	**Wartość pozycji**	**Uzasadnienie**

	RACJONALNOŚĆ WNIOSKOWANEJ KWOTY	**TAK**	**NIE**	**Uwagi**
C.1.5	Czy wnioskowana kwota pomocy jest racjonalna?			

	Weryfikacja racjonalności kwoty pomocy	**Uwagi**
Jeśli "nie", to proszę wskazać, które wydatki wskazane w zestawieniu rzeczowo-finansowym nie są racjonalne (są zawyżone).		

l.p.	**Wyszczególnienie zakresu rzeczowego**	**Wartość pozycji**	**Proponowana wartość**	**Różnica**	**Uwagi**

	Ustalenie maksymalnej kwoty pomocy		**Uwagi**
	Proponowana wartość pomocy w wyniku weryfikacji kwalifikowalności kosztów i racjonalności budżetu		

C.2.	**I. USTALENIE KWOTY WSPARCIA W PRZYPADKU POMOCY UDZIELANEJ W FORMIE PREMII**			
	WARTOŚĆ PREMII	**TAK**	**NIE**	**Uwagi**
C.2.1	Czy prawidłowo zastosowano odpowiednią wskazaną w LSR wartość premii?			
	Ustalenie kwoty premii			**Uwagi**
	Jeśli "nie", to proszę wskazać prawidłową wartość premii na poziomie określonym w LSR			

INNE UWAGI (zidentyfikowane omyłki rachunkowe itp.)

……
……
……
……
……

Imię i nazwisko oceniającego:	
Data sporządzenia:	
Podpis:	

WZÓR