

KARTA OCENY ZGODNOŚCI Z LSR WNIOSKU O POWIERZENIE GRANTU

Kartę wypełnia się przy zastosowaniu ogólnej wskazówki dotyczącej odpowiedzi TAK, NIE, ND.

TAK - możliwe jest udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na pytanie,

NIE - możliwe jest udzielenie jednoznacznej negatywnej odpowiedzi lub na podstawie dostępnych informacji i dokumentów nie można potwierdzić spełniania danego kryterium,

ND - weryfikowany punkt karty nie dotyczy danego Grantobiorcy.

Numer indywidualny wniosku:	
Numer Beneficjenta:	
Nazwa Grantobiorcy:	
Tytuł projektu:	

OCENA ZGODNOŚCI WNIOSKU O PRYZNANIE POMOCY Z LSR

Lp.	Kryteria	Tak	Nie	Do uzupełnienia	Nie dotyczy	Uwagi
1.	Wniosek został złożony w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu o naborze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Zakres tematyczny operacji (wniosku) zgodny jest z zakresem, który został wskazany w ogłoszeniu o naborze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Operacja realizuje cele główne i szczegółowe LSR, poprzez osiągnięcie zaplanowanych w LSR wskaźników.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	Operacja jest zgodna z Programem, w ramach którego jest planowana realizacja tej operacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Operacja (wniosek) zgodny jest z formą wsparcia wskazaną w ogłoszeniu o naborze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	Operacja (wniosek) zgodny jest z warunkami udzielenia wsparcia obowiązującymi w ramach naboru.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Jeśli wniosek zawiera inne braki i oczywiste omyłki, poniżej należy wpisać jakie:

Wniosek kierowany do dalszej oceny	Wniosek kierowany do uzupełnień
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uzasadnienie (jeśli dotyczy):

WYNIK WERYFIKACJI KRYTERIÓW ZGODNOŚCI Z LSR 1-6

Operacja spełnia warunki oceny zgodności z LSR	<input type="checkbox"/> TAK	Data weryfikacji	Imię i nazwisko weryfikującego:
	<input type="checkbox"/> NIE
Zatwierdził:	Data zatwierdzenia:		Imię i nazwisko osoby zatwierdzającej: