Załącznik nr 9 do Procedury wyboru i oceny operacji w ramach Strategii Rozwoju Lokalnego Kierowanego przez Społeczność (LSR) Lokalnej Grupy Działania Stowarzyszenie „Region Sanu i Trzebośnicy”.

KARTA WERYFIKACJI WYJAŚNIEŃ/UZUPEŁNIEŃ DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Nr wniosku |  |
| Imię i Nazwisko/Nazwa Wnioskodawcy |  |
| Adres Wnioskodawcy |  |
| Nazwa operacji |  |

1. Wyjaśnienia lub dokumenty niezbędne do oceny zgodności operacji z LSR

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres wymaganych wyjaśnień/uzupełnień:** | Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień |
| TAK | NIE |
| 1.  | □ | □ |
| 2.  | □ | □ |
| 3.  | □ | □ |
| 4.  | □ | □ |
| ...  | □ | □ |

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień:………………………

Sposób odbioru pisma: □ osobiście, □ drogą elektroniczną (e-mail), □ listem za zwrotnym potwierdzeniem odbioru

Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:…………………………..

Data złożenia wyjaśnień przez podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy:………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Zweryfikował[[1]](#footnote-1) | Sprawdził[[2]](#footnote-2) |
| **Imię i nazwisko** |  |  |
| **Data:** |  |  |
| **Podpis:** |  |  |
| **Uwagi :** |  |  |

1. Wyjaśnienia lub dokumenty niezbędne do wyboru operacji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres wymaganych wyjaśnień/uzupełnień:** | Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień |
| TAK | NIE |
| 1.  | □ | □ |
| 2.  | □ | □ |
| 3.  | □ | □ |
| 4.  | □ | □ |
| ...  | □ | □ |

1. Wyjaśnienia lub dokumenty niezbędne do ustalenia kwoty wsparcia :

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres wymaganych wyjaśnień/uzupełnień:** | Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień |
| TAK | NIE |
| 1.  | □ | □ |
| 2.  | □ | □ |
| 3.  | □ | □ |
| 4.  | □ | □ |
| ...  | □ | □ |

Data doręczenia podmiotowi ubiegającemu się o przyznanie pomocy pisma w sprawie wyjaśnień:………………………

Sposób odbioru pisma: □ osobiście, □ drogą elektroniczną (e-mail), □ listem za zwrotnym potwierdzeniem odbioru

Wyjaśnienia należy złożyć w terminie:…………………………..

Data złożenia wyjaśnień przez podmiot ubiegający się o przyznanie pomocy:………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Zweryfikował1 | Sprawdził**2** |
| **Imię i nazwisko** |  |  |
| **Data:** |  |  |
| **Podpis:** |  |  |
| **Uwagi :** |  |  |

1. Członek Komisji Sprawdzającej [↑](#footnote-ref-1)
2. Przewodniczący lub Wiceprzewodniczący Rady Programowej [↑](#footnote-ref-2)