**Załącznik nr EFS.I.3 - Wzór karty weryfikacji warunków formalnych wniosku o dofinansowanie projektu pozakonkursowego w ramach RPO WŚ na lata 2014-2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**KARTA WERYFIKACJI WARUNKÓW FORMALNYCH WNIOSKU O DOFINANSOWANIE PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO W RAMACH RPOWŚ na lata 2014-2020**

**INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:**………………………………………………………………………………….

**DATA WPŁYWU WNIOSKU:**…………………………………………………………………………………………………..

**NUMER KANCELARYJNY WNIOSKU**:.........................................................................................

**TYTUŁ PROJEKTU:**………………………………………………………………………………………………………………..

**SUMA KONTROLNA WNIOSKU:**.................................................................................................

**NAZWA WNIOSKODAWCY:**…………………………………………………………………………………………………...

**Weryfikujący :**……………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| *Karta weryfikacji warunków formalnych wniosku o dofinansowanie projektu pozakonkursowego jest wypełniana przez pracownika instytucji przyjmującej wniosek.*  *Osoba dokonująca weryfikacji formalnej podpisuje Deklarację poufności oraz Oświadczenie o bezstronności.* |
| ***Deklaracja poufności***  *Zobowiązuję się do nieujawniania informacji dotyczących weryfikowanego przeze mnie projektu oraz że dołożę należytej staranności dla zapewnienia, aby informacje te nie zostały przekazane osobom nieuprawnionym.*  ***Oświadczenie o bezstronności***  *Oświadczam, że nie zachodzi żadna z okoliczności, o których mowa w art. 24 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz.1257 t.j. z póź. zm.), powodujących wyłączenie mnie z udziału w wyborze projektów tj., że:*   1. *nie jestem wnioskodawcą ani nie pozostaję z wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik weryfikacji może mieć wpływ na moje prawa i obowiązki;* 2. *nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z wnioskodawcą lub członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych wnioskodawcy;* 3. *nie jestem związany/-a z wnioskodawcą z tytułu przysposobienia, kurateli lub opieki;* 4. *nie jestem przedstawicielem wnioskodawcy ani nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia z przedstawicielem wnioskodawcy, ani nie jestem związany/-a z przedstawicielem wnioskodawcy z tytułu przysposobienia, kurateli lub opieki;* 5. *nie pozostaję z wnioskodawcą w stosunku podrzędności służbowej.*   *Jestem świadomy/-a, że przesłanki wymienione w lit. b-d powyżej dotyczą także sytuacji, gdy ustało małżeństwo, kuratela, przysposobienie lub opieka.*  *W przypadku powzięcia informacji o istnieniu jakiejkolwiek okoliczności mogącej budzić uzasadnione wątpliwości, co do mojej bezstronności w odniesieniu do przekazanego mi do weryfikacji wniosku o dofinansowanie, zobowiązuję się do niezwłocznego jej zgłoszenia na piśmie instytucji,* *w której dokonywana jest weryfikacja wniosku.*  ***Data, miejscowość i podpis****:* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.** | **WERYFIKACJA OCZYWISTYCH OMYŁEK WE WNIOSKU** | **TAK[[1]](#footnote-1)** | | **NIE[[2]](#footnote-2)** | | UZASADNIENIE  (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK”) |
| Czy we wniosku stwierdzono braki formalne lub oczywiste omyłki? | |  | |  | |  |
| **B.** | **WARUNKI FORMALNE** | **TAK** | **NIE** | | **NIE DOTYCZY** | **Uzasadnienie (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE”)** |
| 1. | CZY WNIOSEK ZŁOŻONO W TERMINIE WSKAZANYM W WEZWANIU DO ZŁOŻENIA WNIOSKU O DOFINANSOWANIE PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO? |  |  | |  |  |
| 2. | CZY WNIOSEK ZOSTAŁ ZŁOŻONY WE WŁAŚCIWEJ INSTYTUCJI? |  |  | |  |  |
| 3. | CZY WNIOSEK ZOSTAŁ SPORZĄDZONY W JĘZYKU POLSKIM?[[3]](#footnote-3) |  |  | |  |  |
| 4. | CZY WNIOSEK ZOSTAŁ ZŁOŻONY W DWÓCH JEDNOBRZMIĄCYCH EGZEMLARZACH W WERSJI PAPIEROWEJ ZGODNYCH Z PRZEKAZANĄ WERSJĄ ELEKTRONICZNĄ (SUMA KONTROLNA OBU WERSJI MUSI BYĆ TOŻSAMA)?[[4]](#footnote-4) |  |  | |  |  |
| **DECYZJA W SPRAWIE SPEŁNIENIA WARUNKÓW FORMALNYCH** | | **TAK** | **NIE** | | **PRZEKAZAĆ DO UZUPEŁNIENIA** | |
|  | |  |  | |  | |

**Zweryfikowane przez:** **Zatwierdzone przez (wypełnić w przypadku pracownika IZ):**

Imię i nazwisko: Imię i nazwisko:

Komórka organizacyjna: Komórka organizacyjna:

Data: Data:

Podpis: Podpis:

1. W przypadku zaznaczenia „TAK” Instytucja przyjmująca wniosek **wzywa Wnioskodawcę** do jednorazowego uzupełnienia lub poprawienia w nim oczywistej omyłki [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” wniosek zostaje przekazany do dalszej weryfikacji [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku zaznaczenie „NIE” Instytucja przyjmująca wniosek **wzywa Wnioskodawcę** do jednorazowego uzupełnienia wniosku [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku zaznaczenie „NIE” Instytucja przyjmująca wniosek **wzywa Wnioskodawcę** do jednorazowego uzupełnienia wniosku [↑](#footnote-ref-4)