

INFORMACJA POKONTROLNA

NR SW09/6173/b/C/20/2015 z dnia 23/06/2015

(nr SW/ nr środek /b/ etap/ / nr prot./rok)

**PROGRAM OPERACYJNY ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ SEKTORA RYBOŁÓWSTWA I NADBRZEŻNYCH
OBSZARÓW RYBACKICH 2007 - 2013**

4019
OR
KANCELARIA ROLNA
URZĘD MIASTA I GMINY NOWA DĘBA
WPLYNĘŁO
2015 -06- 23
5775/100
02.17.10.9
2015

| | |
|------------------------|--------------|
| ZNAK SPRAWY | DATA WYDRUKU |
| SW09-6173-SW0900005/13 | 23.06.2015 |

WYKONAWCA KONTROLI

| | |
|----|-------------------------------------|
| SW | Samorząd Województwa Podkarpackiego |
|----|-------------------------------------|

KONTROLA NA ETAPIE:

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Priorytet: Oś priorytetowa 4 | I. Kontrola na zlecenie | <input type="checkbox"/> |
| Środek: 4.1. „Rozwój obszarów zależnych od rybactwa” | Kontrola na podstawie typowania metody analizy | <input checked="" type="checkbox"/> |
| § 1 pkt 1 lit. a-d, pkt 1 lit. e, pkt 2: § 1 pkt 1 lit. a | II. Wniosek o dofinansowanie realizacji projektu | <input type="checkbox"/> |
| Nazwa operacji: wzmocnienie konkurencyjności i utrzymanie atrakcyjności obszarów zależnych od rybactwa | Umowa o dofinansowanie | <input type="checkbox"/> |
| | Wniosek beneficjenta o płatność pośrednią/kończącą | <input type="checkbox"/> |
| | Etap związania celem | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Inne jakie?..... | <input type="checkbox"/> |

(np. rekontrolna; kontrola projektu szkoleniowego)

I. Dane osobowe/adresowe

Jednostka kontrolowana

| | |
|---|-----------------|
| 1. Imię i nazwisko/ nazwa Beneficjenta / wnioskodawcy | Gmina Nowa Dęba |
|---|-----------------|

Siedziba, kontakt


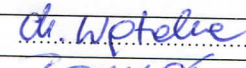

| | | |
|---|---|--|
| 2. Lokalizacja operacji | Miejscowość: Nowa Dęba kod – pocztowy: 39-460 gmina: Nowa Dęba województwo: podkarpackie | ul./nr domu/lokalu/działki: 32/35, obr geod. 0003 poczta: Nowa Dęba powiat: tarnobrzесki |
| 3. Adres zamieszkania/siedziba Beneficjenta (wypełniać w przypadku gdy adres jest inny niż w punkcie powyższym) | Miejscowość: Nowa Dęba kod – pocztowy: 39-460 gmina: Nowa Dęba województwo: podkarpackie | ul./nr domu/lokalu/działki: Rzeszowska 3 poczta: Nowa Dęba powiat: tarnobrzесki |
| 4. Telefon | Numer kierunkowy: 15 | numer telefonu: 846-26-71 |
| 4. FAKS | Numer kierunkowy: 15 | numer faksu: 846-51-37 |
| Adres poczty elektronicznej | gmina@nowadeba.pl | |

Osoba upoważniona do reprezentacji (Pełnomocnik/Osoba reprezentująca)

| | | |
|---------|----------|----------------------|
| 5. Imię | Nazwisko | Stanowisko / funkcja |
| Wiesław | Ordon | Burmistrz |

Osoby upoważnione do wykonywania czynności kontrolnych

| | | |
|-----------|----------|--------------|
| 6. Imię | Nazwisko | Stanowisko |
| Magdalena | Wątorska | podinspektor |
| Artur | Barnaś | inspektor |

| | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI |  | PARAFA KIEROWNIKA ZESPOŁU |  |
| | | PARAFA PRACOWNIKA DS. KONTROLI |  |

¹ D – Wniosek o dofinansowanie, U – Umowa o dofinansowanie, P – Wniosek beneficjenta o płatność, C – Związanie celem, S - Szkolenia, promocja.
Kontrola przeprowadzona w oparciu o zapisy ustawy z dnia 3 kwietnia 2009 r. o wspieraniu zrównoważonego rozwoju sektora rybackiego z udziałem Europejskiego Funduszu Rybackiego (Dz. U. Nr 72 poz. 619. z późn. zm), rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 4 września 2009 r. w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania przez instytucję zarządzającą kontrolą w odniesieniu do instytucji pośredniczących oraz operacji realizowanych w ramach programu operacyjnego „Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich 2007-2013” (Dz. U. Nr 147 poz. 1191. z późn. zm.).

| II. Powiadomienie o kontroli | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Data | Sposób powiadomienia | | Osoba powiadomiona |
| 16.06.2015 | List polecony | <input checked="" type="checkbox"/> | UMiG Nowa Dęba |
| 16.06.2015 | Telefon nr: 15 846-26-71 | <input checked="" type="checkbox"/> | Marcin Furtak |
| 16.06.2015 | E-mail: gmina@nowadeba.pl | <input checked="" type="checkbox"/> | UMiG Nowa Dęba |

III Wynik kontroli

Data otrzymania zlecenia/typowania do kontroli² 29/08/2014

| Osoba obecna przy kontroli | Rodzaj dokumentu tożsamości | Nr dokumentu tożsamości |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Wiesław Ordon | Dowód osobisty | ALG 560639 |

| | TAK | NIE | ND |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Czy przeprowadzono kontrolę? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jeżeli NIE podać przyczyny:

.....

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Czy sprawdzono wszystkie punkty zlecenia z komórki zlecającej kontrolę? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jeżeli NIE podać przyczyny:

.....

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Czy sprawdzono wszystkie punkty z Załącznika do Informacji pokontrolnej (dotyczy wniosków o płatność, umowy o dofinansowanie oraz kontroli realizowanych w okresie związania celem)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jeżeli NIE podać przyczyny:

.....

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Czy inwestycja została rozpoczęta zgodnie z założeniami programowymi ³ ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jeżeli NIE podać przyczyny:

.....

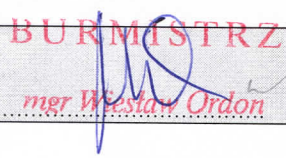
| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Czy osoba obecna przy kontroli podpisała Informację pokontrolną? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jeżeli NIE podać przyczyny:

.....

Załączniki:

| | |
|----|--|
| 1. | Załącznik do informacji pokontrolnej ZC-1k |
| 2. | Dokumentacja fotograficzna |
| 3. | Wykaz faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej dokumentujących poniesione koszty |
| 4. | Polityka rachunkowości z wykazem stanów i sald |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |

| | | | |
|--|---|-------------------|--------------------|
| PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI |  | PARAFA KONTROLERA | <i>Ch. Wroblew</i> |
| | | PARAFA KONTROLERA | <i>A. Banias</i> |

² Data typowania do kontroli jest to data otrzymania informacji o przeprowadzonej weryfikacji merytorycznej wniosku w komórce zlecającej kontrolę, który został wytypowany do kontroli. W przypadku kontroli w okresie związania celem, jest to data otrzymania raportu z typowania

³ Zgodnie z § 16 ust. 2 rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 15 października 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania, wypłaty i zwracania pomocy finansowej na realizację środków objętych osią priorytetową 4 – Zrównoważony rozwój obszarów zależnych od rybactwa zawartą w programie operacyjnym „Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich 2007-2013” (Dz. U. Nr 177, poz. 1371 z póź. zm.)

| Uwagi dotyczące kontroli | |
|--------------------------|--|
| 1. | <p>Uwagi Kontrolujących</p> <p>Kontroli dokonano na podstawie kontroli w miejscu realizacji operacji oraz dołączonych dokumentów. Cel operacji „Poprawa jakości życia mieszkańców i atrakcyjności turystycznej przestrzeni publicznej o szczególnym znaczeniu dla obszaru rybackiego poprzez budowę placu zabaw nad zalewem w Nowej Dębie” został osiągnięty i jest zachowany.</p> <p>W przypadku wydania przez Instytucję Pośredniczącą (podmiot kontrolujący) zaleceń pokontrolnych termin realizacji tych zaleceń zostanie wskazany w piśmie przekazującym zalecenia.</p> |
| 2. | <p>Uwagi osoby obecnej przy kontroli.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

| IV. Podpisanie Informacji pokontrolnej ⁴ | | | |
|---|--|------------------------|---------------|
| 1. | Data i czas trwania kontroli | | |
| | 23.06.2015 r. godz. 11.20 - 14.30 | | |
| 2. | Zespół kontrolny | | |
| | 23.06.2015 r. | <i>di. Wętorle</i> | 23.06.2015 r. |
| | Sporządzono dnia | Podpis | Podpis |
| 3. | Beneficjent/Pełnomocnik/Osoba reprezentująca | | |
| | 23.06.2015 r. | BURMISTRZ | |
| | Podpisanie informacji dnia | <i>Wiesław Ordon</i> ✓ | |
| | 23.06.2015 r. | BURMISTRZ | |
| | Otrzymano dnia | <i>Wiesław Ordon</i> ✓ | |

| | | | |
|------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI | BURMISTRZ | PARAFA KONTROLERA | <i>di. Wętorle</i> |
| | <i>Wiesław Ordon</i> | PARAFA KONTROLERA | <i>A. Barnea</i> |

⁴ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 4 września 2009 r. w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania przez instytucję zarządzającą kontroli w odniesieniu do instytucji pośredniczących oraz operacji realizowanych w ramach programu operacyjnego „Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich 2007-2013” (Dz. U. Nr 147 poz. 1191 z późn. zm.) Podmiot kontrolowany ma możliwość:

- przekazania jednostce kontrolującej podpisanej informacji pokontrolnej w terminie 14 dni od dnia jej otrzymania,
- zgłoszenia na piśmie zastrzeżeń do ustaleń zawartych w informacji pokontrolnej. Zgłoszenia należy dokonać przed podpisaniem informacji pokontrolnej, w terminie 14 dni od dnia jej otrzymania
- odmawiając podpisania informacji pokontrolnej złożyć w terminie 7 dni od dnia otrzymania Informacji podmiot kontrolowany przygotowuje pisemne uzasadnienie odmowy podpisania informacji pokontrolnej i przekazuje je jednostce kontrolującej wraz z jednym egzemplarzem niepodpisanej informacji pokontrolnej.

V Zatwierdzenie Informacji pokontrolnej⁵

| | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Czy Informację pokontrolną sporządzono poprawnie? | TAK | NIE |
| Jeżeli NIE podać przyczyny | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 2. | Wyjaśnienia zespołu kontrolnego | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Podpisy zespołu kontrolnego | | | |
| | | | |
| Imię i nazwisko | | Imię i nazwisko | |
| 3. | Informację pokontrolną zatwierdzam | TAK | NIE |
| Jeżeli NIE podać przyczyny | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| | | | |
| Podpis osoby zatwierdzającej Informację pokontrolną | | | |
| Data | |/...../20..... | |
| Podpis i pieczęć | | | |

⁵ Części V informacji pokontrolnej pozostaje pusta w egzemplarzu beneficjenta.