

**CZĘŚĆ C: WIZYTA/KONTROLA**

I Wizyta/kontrola	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku następcy prawnego beneficjenta o przyznanie pomocy, wymagane jest przeprowadzenie wizyty/kontroli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Elementy podlegające sprawdzeniu wraz z uzasadnieniem konieczności przeprowadzenia wizyty/kontroli:**


<b>Zweryfikował:</b> <i>Imię i nazwisko Weryfikującego</i> <i>Data i podpis</i>	
	...../...../20..... .....
<b>Sprawdził:</b> <i>Imię i nazwisko Sprawdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	
	...../...../20..... .....
<b>Zatwierdził:</b> <i>Imię i nazwisko Zatwierdzającego</i> <i>Data i podpis</i>	
	...../...../20..... .....

**Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:**


II. Wstępny wynik wizyty/kontroli							
Data przeprowadzenia wizyty/kontroli		...../...../20.....					
		Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
		TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Z raportu z czynności kontrolnych z przeprowadzonej wizyty/kontroli wynika, że niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień lub poprawionych dokumentów		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zweryfikował:</b> Imię i nazwisko Weryfikującego Data i podpis		...../...../20.....					
<b>Sprawdził:</b> Imię i nazwisko Sprawdzającego Data i podpis		...../...../20.....					
<b>Zatwierdził:</b> Imię i nazwisko Zatwierdzającego Data i podpis		...../...../20.....					
Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:							
III. Zakres wymaganych wyjaśnień:							
Data doręczenia następcy pisma		...../...../20.....					
Wyjaśnienia należy złożyć w terminie		...../...../20.....					
Data nadania/złożenia wyjaśnień		...../...../20.....					

#### IV. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień

	Weryfikujący		Sprawdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### V. Wynik wizyty/kontroli

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający**	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
<b>Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zweryfikował:</b> <i>Imię i nazwisko Weryfikującego</i> <i>Data i podpis</i>						
	...../...../20.....					
<b>Sprawdził:</b> <i>Imię i nazwisko Sprawdzającego</i> <i>Data i podpis</i>						
	...../...../20.....					
<b>Zatwierdził:</b> <i>Imię i nazwisko Zatwierdzającego</i> <i>Data i podpis</i>						
	...../...../20.....					

\*Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

\*\*Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym

<b>Uzasadnienie decyzji podjętej przez Zatwierdzającego:</b>
<b>Uwagi:</b>