

CZĘŚĆ D: OCENA KOŃCOWA WNIOSKU NASTĘPCY PRAWNEGO BENEFICJENTA O PRYZNANIE POMOCY

I. Weryfikacja limitu pomocy dla następcy prawnego beneficjenta ubiegającego się o wsparcie *

| Weryfikacja limitu pomocy dla następcy prawnego beneficjenta ubiegającego się o wsparcie * | | Weryfikujący | | Sprawdzający** | | Zatwierdzający | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Limit pomocy | | Limit pomocy | | TAK NIE | | TAK NIE | |
| 1. | Limit pomocy dostępny dla następcy prawnego beneficjenta ubiegającego się o przyznanie pomocy | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weryfikacja limitu pomocy dla następcy prawnego beneficjenta ubiegającego się o wsparcie * | | TAK NIE | | TAK NIE | | TAK NIE | |
| 2. | Wnioskowana kwota pomocy nie przekracza dostępnego limitu dla następcy prawnego beneficjenta ubiegającego się o przyznanie pomocy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Ostateczna decyzja wynikająca z weryfikacji wniosku następcy prawnego beneficjenta o przyznanie pomocy

| Weryfikacja limitu pomocy dla następcy prawnego beneficjenta ubiegającego się o wsparcie * | | Weryfikujący | | Sprawdzający** | | Zatwierdzający | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Limit pomocy | | TAK NIE | | TAK NIE | | TAK NIE | |
| 1. | Wniosek następcy prawnego beneficjenta o przyznanie pomocy jest przeznaczony do refundacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Przyznana kwota pomocy

3. Przyznana kwota pomocy, stanowi (% kosztów kwalifikowalnych)

% kosztów kwalifikowalnych

przyznana kwota pomocy słownie w złotych

.....

Zweryfikował:

Imię i nazwisko Weryfikującego

Data i podpis

...../...../20.....

Sprawdził:

Imię i nazwisko Sprawdzającego

Data i podpis

...../...../20.....

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Zatwierdzającego

Data i podpis

...../...../20.....

Uwagi:

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

* limit pomocy należy zweryfikować tylko na operacje typu "Gospodarka wodno-ściekowa"

**Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego