

**RAPORT Z CZYNNOSCI KONTROLNYCH
PROGRAM ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2014-2020**

R-01/344

Rodzaj dokumentu:

Oryginał Kopia Korekta

ZNAK SPRAWY	NUMER DOKUMENTU	NR IDENTYFIKACYJNY									
UM11-6937-UM1100014/16 DPROW-K.052.337.2017	11/19.4/0001/18	0	7	0	6	9	4	0	9	2	

I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)

Nazwa poddziałania:	19.4 „Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji”	Data otrzymania zlecenia	18/12/2017 <small>dd/mm/rrrr</small>
Nazwa operacji:	Wsparcie kosztów bieżących i aktywizacji		
Data złożenia wniosku o płatność:	WOP 1 transza 31/07/2017 WOP 2 transza 29/09/2017		
1. Rodzaj czynności kontrolnych:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Wizyta na zlecenie <input type="checkbox"/> 2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania <input checked="" type="checkbox"/> 3. Kontrola zlecona manualnie <input type="checkbox"/> 4. Kontrola ex post/kontrola zobowiązań wieloletnich <input type="checkbox"/> 5. Kontrola zadania niematerialnego w trakcie realizacji <input type="checkbox"/> 6. Kontrola uzupełniająca <input type="checkbox"/> 7. Wizyta uzupełniająca <input type="checkbox"/> 		
Czynności kontrolne dotyczą etapu:	<ul style="list-style-type: none"> 1. obsługi Wniosku o przyznanie pomocy <input type="checkbox"/> 2. po wypłacie zaliczki <input type="checkbox"/> 3. obsługi Wniosku o płatność <input checked="" type="checkbox"/> 4. ex-post/zobowiązań wieloletnich <input type="checkbox"/> 		
2. Przeprowadzający kontrolę	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego		

II. DANE PODMIOTU KONTROLOWANEGO

1. Nazwa podmiotu kontrolowanego	Lokalna Grupa Działania Ziemi Człuchowskiej																				
	NIP	8	4	3	1	6	1	3	6	2	2	REGON	3	6	1	6	4	9	8	1	5
2. Adres zamieszkania/siedziby podmiotu kontrolowanego	Województwo	Pomorskie																			
	Powiat/gmina	Człuchowski							Debrzno												
	Miejscowość/kod	Debrzno							77-310												
	Ulica/nr domu /lokalu/działki	Ogrodowa 26																			
	Tel.	59 83 35 930					Fax	59 83 35 931													
	E-mail	biuro@lgdzc.pl																			
3. Adres korespondencyjny (należy wypełnić w przypadku, gdy inny od powyższego)	Województwo	nd																			
	Powiat/gmina	nd							nd												
	Miejscowość/kod	nd							nd												
	Ulica i nr domu/lokalu	nd																			

Podpis podmiotu kontrolowanego	<p>WICEPREZES <i>Angelika Kallas</i></p> <p>PREZES <i>Paweł Głbczyński</i></p>	Podpisy kontrolujących	<p>INSPEKTOR <i>Maria Ody</i></p>
--------------------------------	--	------------------------	--

III. OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTACJI (PEŁNOMOCNIK/OSOBA REPREZENTUJĄCA)

1.	Imię i Nazwisko	Paweł Gibczyński	Stanowisko/funkcja	Prezes
2.	Imię i Nazwisko	Angelika Kallas	Stanowisko/funkcja	Wiceprezes

Informacje uzyskane w wyniku kontroli stanowią dane osobowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2016 r. poz. 922 t.j.) i podlegają ochronie na podstawie przepisów tej ustawy.

IV. POWIADOMIENIE O CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH

1.	Powiadomienie o kontroli TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Sposób powiadomienia	Data	Osoba powiadamiana	Osoba powiadamiająca	
		Telefon				<input checked="" type="checkbox"/>
		List polecony				<input type="checkbox"/>
		Inne				<input type="checkbox"/>
			2018-01-05	Monika Kobak	Maria Ody	

V. PRZEPROWADZENIE CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

1.	Kontrola została zrealizowana? TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli NIE podać przyczynę: nd
----	--	-------------------------------

VI. DANE OSOBOWE OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH

1.	Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Nr upoważnienia i data jego wystawienia
	Inspektor terenowy:	Maria	Ody	DO-ZO.087.730.2017 z dnia 2017-12-22
	Inspektor terenowy:	Magdalena	Rozenek	DO-ZO.087.725.2017 z dnia 2017-12-22
2.	Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości
		Paweł	Gibczyński	Dowód osobisty CCD 741067
		Angelika	Kallas	Dowód osobisty CBE 215601

VII. UWAGI

Uwagi kontrolujących:

nd

Podpis podmiotu kontrolowanego	WICEPREZES <i>Angelika Kallas</i> Angelika Kallas	PREZES <i>Paweł Gibczyński</i> Paweł Gibczyński	Podpisy kontrolujących	INSPEKTOR <i>Maria Ody</i> Maria Ody
				<i>Bour...</i>

VIII. ZAŁĄCZNIKI DO RAPORTU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

1.	Załącznik nr 1. Lista kontrolna do Raportu z czynności kontrolnych Program Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 - kontrola w miejscu K-02/19.4/344.
2.	Załącznik nr 2. Udostępnienie dokumentów potwierdzających realizację planu komunikacji.
3.	Załącznik nr 3. Udostępnienie dokumentów dotyczących funkcjonowania biura LGD, w tym w szczególności posiadania tytułu prawnego do pomieszczenia, w którym znajduje się biuro.
4.	Załącznik nr 4. Udostępnienie dokumentów potwierdzających zatrudnienie pracowników w odpowiednim wymiarze i ponoszenia kosztów zatrudnienia.
5.	Załącznik nr 5. Realizowanie szkoleń dla członków organu decyzyjnego i pracowników biura LGD zgodnie z planem szkoleń.
6.	Załącznik nr 6. Prowadzenie oddzielnego systemu rachunkowości lub korzystania z odpowiedniego kodu rachunkowego w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji.
	Załącznik nr 7. Świadczenie doradztwa na poziomie wskazanym w informacji monitorującej realizację operacji/wniosku o płatność
8.	Załącznik nr 8. Dokumentacja zdjęciowa.
9.	
10.	

Podstawa prawna:

Czynności kontrolne przeprowadzone w oparciu o zapisy ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020 (Dz. U. poz. 349 z późn. zm.)

Pouczenie:

W przypadku gdy podmiot kontrolowany nie zgadza się z ustaleniami zawartymi w raporcie z czynności kontrolnych może zgłosić jednostce kontrolującej umotywowane uwagi na piśmie do ustaleń w nim zawartych, w terminie 7 dni od dnia doręczenia kopii raportu z czynności kontrolnych, chyba że bezpośrednio po zakończeniu czynności kontrolnych podmiot kontrolowany zgłosił kontrolującemu umotywowane uwagi, co do ustaleń zawartych w tym raporcie.

Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych	10-01-2018 godz. 11:00		11-01-2018. godz. 13:00	
	data i godzina rozpoczęcia czynności kontrolnych		data i godzina zakończenia czynności kontrolnych	
Przerwy w wykonywaniu czynności kontrolnych	nd			
	okresy przerw w wykonywaniu czynności kontrolnych			
Data i miejsce sporządzenia Raportu	17/01/2018		Gdańsk	
	dd/mm/rrrr		Miejsce sporządzenia Raportu z czynności kontrolnych	
Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Podpis	
	Maria	Ody	INSPEKTOR  Maria Ody	
	Magdalena	Rozenek	 Magdalena Rozenek	
Podmiot kontrolowany			WICEPREZES  Angelika Kallas	PREZES  Paweł Gibczyński
Adnotacja o niepodpisaniu raportu przez podmiot kontrolowany	data otrzymania Raportu		podpis	

