

URZĄD MIASTA
w Krośnie Odrzańskim
WPLYNĘŁO

6173/P/15

I-1k

29-04-2015

INFORMACJA POKONTROLNA
NR. 04 / 4.1 / b / C / 6 / 2015 z dnia 29 kwietnia / 2015.
(nr SW/ nr środek / b/ etap¹ / nr prot./rok)

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

ZNAK SPRAWY	DATA WYDRUKU
DW.V.44.20.2015	29.04.2015r.

WYKONAWCA KONTROLI

Samorząd Województwa Lubuskiego ul. Podgórna 7, 65-057 Zielona Góra

Priorytet: Zrównoważony rozwój obszarów zależnych od rybnactwa	KONTROLA NA ETAPIE: I. Kontrola na zlecenie	<input type="checkbox"/>
Środek: Rozwój obszarów zależnych od rybnactwa	Kontrola na podstawie typowania metody analizy	<input checked="" type="checkbox"/>
§ 1 pkt 1 lit. a-d, pkt 1 lit. e, pkt 2:	II. Wniosek o dofinansowanie realizacji projektu	<input type="checkbox"/>
Nazwa operacji: „Rozbudowa przedszkola nr 3 przy ul. Piastów w Krośnie Odrzańskim”	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 Krosno Odrzańskie
Siedziba, kontakt		
2.	Lokalizacja operacji	miejsowość Krosno Odrzańskie / nr domu/lokalu/działki Piastów 6d kod - pocztowy 66-600 poczta Krosno Odrzańskie gmina Krosno Odrzańskie powiat Krosnienski województwo Lubuskie
3.	Adres zamieszkania/siedziba Beneficjenta (wypełniać w przypadku gdy adres jest inny niż w punkcie powyższym)	miejsowość Krosno Odrzańskie / nr domu/lokalu Parkowa 1 kod - pocztowy 66-600 poczta Krosno Odrzańskie gmina Krosno Odrzańskie powiat Krosnienski województwo Lubuskie
4.	Telefon	Numer kierunkowy: 68 numer telefonu: 410-97-00
	FAKS	Numer kierunkowy: 68 numer faksu: 383-51-22
	Adres poczty elektronicznej	nehidomat@krosnoodrzaniskie.pl
Osoba upoważniona do reprezentacji (Pełnomocnik/Osoba reprezentująca)		
5.	Imię	Nazwisko
	Małgorzata	Garczymski
	Mariusz	Kopaczewski
		Stanowisko / funkcja
		Kierownik zespołu kontrolującego
		Pracownik ds. kontroli

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI		PARAFA KIEROWNIKA ZESPOŁU	Małgorzata Garczymksi
		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 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.).

II. Powiadomienie o kontroli			
Data	Sposób powiadomienia	Osoba powiadomiona	
21.04.2015r.	List polecony za dowodem doręczenia	<input checked="" type="checkbox"/>	Schudomac <i>Biuro Kontroli Interwencji</i>
	Telefon nr	<input type="checkbox"/>	
	e-mail a.bodzon@krosnoodrzańskie.pl	<input checked="" type="checkbox"/>	Agata Bodzoń
III Wynik kontroli			
Data otrzymania zlecenia/typowania do kontroli ² : 26/07/2013			
Osoba obecna przy kontroli	Rodzaj dokumentu tożsamości	Nr dokumentu tożsamości	
<i>Grzegorz Ganczypiski</i>	<i>dowód osobisty</i>	<i>ATC 890356</i>	
		TAK	NIE ND
Czy przeprowadzono kontrolę?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy sprawdzono wszystkie punkty zlecenia z komórki zlecającej kontrolę?		<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"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy inwestycja została rozpoczęta zgodnie z założeniami programowymi ³ ?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy osoba obecna przy kontroli podpisała Informację pokontrolną?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Załączniki:			
1.	Załącznik do Informacji Pokontrolnej I-1k ZC-1k		
2.	Dokumentacja fotograficzna		
3.	<i>Przyjęcie wniosku nr 1 - OTIR IV/2013</i>		
4.	<i>Obroty wg Zadań</i>		
5.	<i>Zarządzenie nr 54/2012 z dnia 12.10.2012r. w sprawie zasad ^{zmiany} zachowania w sprawie zarządkim</i>		
6.	<i>machunkowemu w sprawie zmian w kromie zarządkim</i>		
7.			

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI		PARAFA KONTROLERA	<i>Bodo Bodzon</i>
		PARAFA KONTROLERA	<i>Agata Bodzon</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.)

V Zatwierdzenie Informacji pokontrolnej ⁵		
		TAK NIE
1.	Czy <i>Informację pokontrolną</i> sporządzono poprawnie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny		
2.	Wyjaśnienia zespołu kontrolnego	
Podpisy zespołu kontrolnego		
.....	
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko
		TAK NIE
3.	Informację pokontrolną zatwierdzam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny		
Podpis osoby zatwierdzającej <i>Informację pokontrolną</i>		
Data/...../20.....	
Podpis i pieczęć	

⁵ Części V informacji pokontrolnej pozostaje pusta w egzemplarzu beneficjenta.

ZAŁĄCZNIK DO INFORMACJI POKONTROLNEJ I-1k

NR. 04/4.1/6/C/6/2015 z dnia 29 kwietnia/2015

Znak sprawy: DW.V.44.20.2015

Załącznik ZC-1k

Program Operacyjny Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich 2007-2013

Priorytet 4 – Zrównoważony rozwój obszarów zależnych od rybactwa

Środek: 4.1 – Rozwój obszarów zależnych od rybactwa/ 4.2 – ~~Wsparcie na rzecz współpracy międzyregionalnej i międzynarodowej~~¹

Pomoc na realizację operacji, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a² Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 15 października 2009 r. (Dz. U. nr 177 poz. 1371 z późn. zm.) - Wzmocnienie konkurencyjności i utrzymanie atrakcyjności obszarów zależnych od rybactwa

Etap – związanie z celem

Lp.	Sprawdzeniu podlega	Dane z wniosku	Zgodność ze stanem w terenie			Uwagi
			Tak	Nie	N/D	
1	Czy beneficjent przechowuje całość dokumentacji związanej z realizacją operacji?	X	X			
2	Czy dokumenty finansowo-księgowe są zgodne z zakresem realizacji operacji?		X			
3	Czy beneficjent stosuje odrębną ewidencję księgową dla wszystkich transakcji związanych z operacją oraz prowadzi dokumentację finansowo – księgową, zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223, z późn. zm.), w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli?		X			
4	Czy zakres operacji jest zgodny z zestawieniem rzeczowo – finansowym realizacji operacji/ wnioskiem o płatność?	X	X			
5	Czy beneficjent nie przeniósł prawa własności lub posiadania rzeczy nabytych w ramach realizacji operacji oraz czy nie zmienił sposobu ich wykorzystania?		X			
6	Czy beneficjent wykorzystuje zgodnie z przeznaczeniem nabyte dobra, wybudowane, przebudowane, wyremontowane lub		X			

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Wstawić właściwe.

głg
Dana Gorka

	zmodernizowane budynki lub budowle na które została przyznana pomoc?		X			
7	Czy osiągnięto i zachowuje się cel operacji?		X			
8	Czy operacja ma charakter niezarobkowy? (jeśli dotyczy)		X			
9	Czy podatek VAT nadal stanowi koszt kwalifikowalny? (jeśli dotyczy).				X	

Uwagi:

.....
GŁÓWNY SPECJALISTA **INSPEKTOR**
Małgorzata Bota-Górska *Mariusz Kopaczewski*

Podpis osoby (-ób) wypełniającej (-ych) załącznik

Data **29 KWI. 2015**

Podpis osoby obecnej przy kontroli

Z up. BURMISTRZA
Grzegorz Górczyński
 Zastępca Burmistrza