

INFORMACJA POKONTROLNA
NR 13/4.1/b/C/19/15 z dnia 11/09/2015

(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
ŚBRR.RYB.5029.47.WK.SP.2012 / SW13-6173-SW1300289/12	11.09.2015 r.

WYKONAWCA KONTROLI

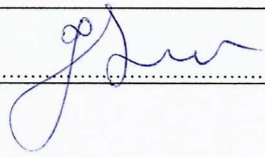

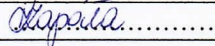
SW	Świętokrzyskie Biuro Rozwoju Regionalnego..
----	---

KONTROLA NA ETAPIE:

Priorytet: Oś 4	I. Kontrola na zlecenie	<input type="checkbox"/>
Środek: 4.1	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: „Park Młodego Naukowca”	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)


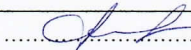
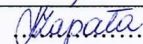
I. Dane osobowe/adresowe			
Jednostka kontrolowana			
1.	Imię i nazwisko/ nazwa Beneficjenta / wnioskodawcy	Powiat Włoszczowski	
Siedziba, kontakt			
2.	Lokalizacja operacji	Miejscowość: Włoszczowa kod – pocztowy: 29-100 gmina: Włoszczowa województwo: świętokrzyskie	ul/nr domu/lokalu/działki: Wiśniowa 10, 12 pocztą: Włoszczowa powiat: Włoszczowski
	Adres zamieszkania/siedziba Beneficjenta (wypełniać w przypadku gdy adres jest inny niż w punkcie powyższym)	Miejscowość: Włoszczowa kod – pocztowy:29-100 gmina: Włoszczowa województwo: świętokrzyskie	ul/nr domu/lokalu: Wiśniowa 10 pocztą: Włoszczowa powiat: Włoszczowski
4.	Telefon	Numer kierunkowy: (41)	numer telefonu: 39-45-105
	FAKS	Numer kierunkowy:	numer faksu: (41)394-49-65
	Adres poczty elektronicznej	Inwestycje@powiat-wloszczowa.pl	
Osoba upoważniona do reprezentacji (Pełnomocnik/Osoba reprezentująca)			
5.	Imię	Nazwisko	Stanowisko / funkcja
	Jerzy	Suliga	Starosta Włoszczowski
Osoby upoważnione do wykonywania czynności kontrolnych			
6.	Imię	Nazwisko	Stanowisko
	Jadwiga	Witkowska-Simlat	Starszy specjalista
	Katarzyna	Zapała	Starszy referent

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 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	
03.09.2015	List polecony – Beneficjent odebrał osobiście <input type="checkbox"/>	Jerzy Suliga – Starosta Włoszczowski	
03.09.2015	Telefon nr: 41 39-45-105 <input type="checkbox"/>	Krystyna Ciulemba – osoba uprawniona do kontaktu	
	Inne jakie <input type="checkbox"/>		
III Wynik kontroli			
Data otrzymania zlecenia/typowania do kontroli ² 24.08.2015/ 29.08.2014 roku			
Osoba obecna przy kontroli	Rodzaj dokumentu tożsamości	Nr dokumentu tożsamości	
Jerzy Suliga	Dowód Osobisty	AYN235030	
		TAK	NIE ND
Czy przeprowadzono kontrolę?		<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy inwestycja została rozpoczęta zgodnie z założeniami programowymi ³ ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy osoba obecna przy kontroli podpisała Informację pokontrolną?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Załączniki:			
1.	Zał. ZC-1k		
2.	Kserokopia dowodu osobistego.		
3.	Zdjęcia		
4.			
5.		
6.		
7.		

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI		PARAFA KONTROLERA	
		PARAFA KONTROLERA	

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

Uwagi Kontrolujących.....

W przypadku wydania przez Instytucję Pośredniczącą (podmiot kontrolujący) zaleceń pokontrolnych termin realizacji tych zaleceń zostanie wskazany w piśmie przekazującym zalecenia.

W dniu 11.09.2015 r., zostały przeprowadzone czynności kontrolne w miejscu realizacji operacji polegającej na „wzmocnieniu konkurencyjności i utrzymaniu atrakcyjności obszarów zależnych od rybactwa”. Skontrolowano zadania, które zostały ujęte w umowie o dofinansowanie nr: 00100-6173-SW1300289/12/13 z dnia 22.02.2013 r. Zgodnie ze zleceniem kontroli z dnia 24.08.2015 r. kontroli poddano zakres objęty umową o dofinansowanie oraz wnioskiem o płatność końcową dla operacji pod nazwą: „Park Młodego Naukowca”.

Zgodnie ze zleceniem kontroli poddano:

- przechowywanie całości dokumentacji związanej z realizacją operacji;
- zgodność dokumentów finansowo-księgowych z zakresem realizacji operacji;
- prowadzenie odrębnej ewidencji księgowej dla wszystkich transakcji związanych z operacją oraz prowadzenia dokumentacji finansowo – księgowej;
- zgodność zakresu operacji z zestawieniem rzeczowo-finansowego realizacji operacji oraz z wnioskiem o płatność;
- wykorzystywanie zgodnie z przeznaczeniem nabyte dobra, wyremontowane lub zmodernizowane budynki lub budowle na które została przyznana pomoc;
- osiągnięcie i zachowanie celu operacji;
- oznakowanie przedmiotów oraz inwestycji zrealizowanych z udziałem EFR.

1.

W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono iż:

- dokumentacja związana z realizacją operacji jest kompletna i przechowywana w całości;
- dokumenty finansowo-księgowe są zgodne z zakresem realizacji operacji;
- prowadzona jest wyodrębniona ewidencja księgowa dla transakcji związanych z realizacją operacji p.n. „ Park Młodego Naukowca”;
- zakres operacji jest zgodny z zestawieniem rzeczowo-finansowym oraz z wnioskiem o płatność;
- nabyte dobra, na które została przyznana pomoc są wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem;
- operacja ma charakter niezarobkowy;
- cel operacji został osiągnięty i zachowany;
- mała architektura, zagospodarowanie terenu, w tym boisko wielofunkcyjne oraz zakupione przedmioty zostały oznakowane w sposób prawidłowy.

Na tym informację pokontrolną zakończono.

Uwagi osoby obecnej przy kontroli.....

Bnales usag

STAROSTA WŁOSZCZOWSKI

mgr Jerzy Suliga

Anna *JS*

IV. Podpisanie Informacji pokontrolnej ⁴			
1.	Data i czas trwania kontroli		
	11.09.2015 r. godz. 10 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰		
2.	Zespół kontrolny		
	11.09.2015	<i>podpis Witekosta-Simlet</i>	11.09.2015
	Sporządzono dnia	Podpis	Podpis
			<i>Katarzyna Zapala</i>
3.	Beneficjent/Pełnomocnik/Osoba reprezentująca		
	<i>11.09.2015</i>		STAROSTA WŁOSZCZOWSKI
	Podpisanie informacji dnia		<i>mgr Jerzy Suliga</i> Podpis
	<i>11.09.2015</i>		STAROSTA WŁOSZCZOWSKI
	Otrzymało dnia		<i>mgr Jerzy Suliga</i> Podpis

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI	<i>[podpis]</i>	PARAFA KONTROLERA	<i>[podpis]</i>
		PARAFA KONTROLERA	<i>[podpis]</i>

V Zatwierdzenie Informacji pokontrolnej ⁵			
		TAK	NIE
1.	Czy Informację pokontrolną 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 Informację pokontrolną			
Data	/...../2015	
Podpis i pieczęć		

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.

⁵ Części V informacji pokontrolnej pozostaje pusta w egzemplarzu beneficjenta.

[podpisy]

ZAŁĄCZNIK DO INFORMACJI POKONTROLNEJ I-1k

NR 13/4.1/b/C/19/15 z dnia 11/09/2015

Znak sprawy:
ŚBRR.RYB.5029.47.WK.SP.2012 /
SW13-6173-SW1300289/12

Zał. 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. a ² 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 ²

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?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	X			
5	Czy beneficjent nie przeniósł prawa własności lub posiadania rzeczy nabytych w ramach realizacji operacji oraz czy nie zmienił sposobu ich wykorzystania?		X			

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Wstawić właściwe.

Okanata *JS*

6	Czy beneficjent wykorzystuje zgodnie z przeznaczeniem nabyte dobra, wybudowane, przebudowane, wyremontowane lub 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:

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

Jadwiga Witkowska-Simlat, *Katarzyna Szpak*

Data *11.09.2015r.*

STAROSTA WŁOSZCZOWSKI

Podpis osoby obecnej przy kontroli

J. Suliga
mgr Jerzy Suliga