**ANKIETA MONITORUJĄCA**

dla Wnioskodawców/Beneficjentów

w ramach poddziałania 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach

strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność"

objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020

**I. Informacja na temat złożonego wniosku o przyznanie pomocy** (proszę wypełnić białe pola)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko/nazwa Wnioskodawcy/Beneficjenta |  |
|  | Adres zamieszkania/siedziby |  |
|  | Telefon kontaktowy |  |
|  | Adres e-mail |  |
|  | Tytuł operacji |  |
|  | Numer wniosku nadany przez LGD |  |

**II. Na jakim etapie znajduje się Państwa wniosek?** (proszę wstawić x we właściwą rubrykę):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etap** | | |
|  | **Weryfikacja w Urzędzie Marszałkowskim** |  |
|  | Podpisanie Umowy o przyznaniu pomocy *(proszę wypełnić wskazane poniżej pola):* |  |
|  | nr umowy: |  |
|  | data podpisania umowy: |  |
|  | kwota dofinasowania: |  |
|  | **Realizacja operacji po podpisaniu umowy** |  |
|  | Złożenie wniosku o płatność: I transza\* lub I etap\*\* *(proszę wypełnić wskazane poniżej pola):* |  |
| data złożenia wniosku: |  |
| uzupełnienia do wniosku |  |
| data otrzymania płatności |  |
|  | **Realizacja operacji po I transzy\* lub po I etapie\*\*** |  |
|  | Złożenie wniosku o płatność ostateczną *(proszę wypełnić wskazane poniżej pola):* |  |
| data złożenia wniosku: |  |
| uzupełnia do wniosku |  |
| data otrzymania II transzy |  |
|  | **Rezygnacja z realizacji operacji**  *Proszę o wskazanie na jakim etapie nastąpiła rezygnacja  i podanie przyczyny* |  |
|  | Odmowa przyznania pomocy  *Proszę o wskazanie na jakim etapie nastąpiła rezygnacja  i podanie przyczyny* |  |

\* dotyczy podejmowania działalności gospodarczej

\*\* dotyczy podmiotów realizujących operację w dwóch etapach

**III. Monitorowanie realizacji celów ogólnych, szczegółowych oraz przedsięwzięć przez osiągnięcie wskaźnika produktu (***należy wpisać wartość liczbową przy właściwym celu oraz wskaźniku produktu)*

**Cel ogólny nr 1: Pobudzanie lokalnej przedsiębiorczości:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cele szczegółowe** | **Przedsięwzięcia** | **Wskaźniki produktu** | **Wartość wskaźnika** |
| Tworzenie warunków do zakładania przedsiębiorstw na obszarze LGD | Powstanie nowych przedsiębiorstw | Liczba zrealizowanych operacji polegających na utworzeniu nowego przedsiębiorstwa |  |
| Rozwój istniejących przedsiębiorstw i inicjowanie współpracy pomiędzy podmiotami gospodarczymi funkcjonującymi na obszarzeLGD; | Rozwój istniejących przedsiębiorstw | Liczba zrealizowanych operacji polegających na rozwoju istniejącego przedsiębiorstwa |  |
| Współpraca podmiotów gospodarczych | Liczba zawiązanych partnerstw gospodarczych |  |

**Cel ogólny nr 2: Lepsze wykorzystanie potencjału przyrodniczego i kulturowego w rozwoju regionu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cele szczegółowe** | **Przedsięwzięcia** | **Wskaźniki produktu** | **Wartość wskaźnika** |
| Rozwój stanu infrastruktury drogowej | Budowa lub przebudowa publicznych dróg lokalnych. | Liczba kilometrów wybudowanych/przebudowanych dróg |  |
| Rozwój infrastruktury turystycznej, rekreacyjnej i kulturalnej | Rozwój obiektów ogólnodostępnej i niekomercyjnej infrastruktury turystycznej, rekreacyjnej lub kulturalnej | Liczba nowych obiektów infrastruktury turystycznej , rekreacyjnych lub kulturalnej w miejscowościach: Małomice Osieczów, Ławszowa, Wymiarki, Lutynka ,Gozdnica, Czerna, Stawnik, Olbrachtów, Lubomyśl, Mirostowice Górne, Siodło, Miłowice, Biedrzychowice Dolne Sieniawa Żarska, Węgliniec |  |
| Liczba przebudowanych obiektów infrastruktury turystycznej i rekreacyjnej w miejscowościach: Konin Żagański, Pieńsk, Witoszyn i Stary Żagań |
| Liczba (w hektarach) wybudowanych lub przebudowanych terenów zielonych w miejscowości Bieniów, Olbrachtów, Pieńsk |

**IV. Pytania dodatkowe na temat realizacji projektu** *(proszę wstawić znak x we właściwej rubryce):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy Beneficjent miał już kontrolę z instytucji upoważnionych do jej przeprowadzania(Samorządu Województwa, Agencji, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Komisji Europejskiej, organów kontroli państwowej i skarbowej oraz inne). | | | * TAK * NIE |
| Jeśli tak, to czy otrzymał zalecenia pokontrolne? | | | * TAK * NIE |
| Jeśli Beneficjent otrzymał zalecenia pokontrolne proszę wymienić zalecenia. | ……………………………………………………………….……………………………………………………………….  .……………………………………………………………………………………………………………………………….  .………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| Czy stosowano się do obowiązujących zasad konkurencyjności wydatków w ramach PROW 2014 −2020? | | * TAK * NIE * NIE DOTYCZY | |
| Czy Beneficjent niezwłocznie informuje Zarząd Województwao planowanych lub zaistniałych zdarzeniach mogących mieć wpływ na realizacje operacji? | | * TAK * NIE * NIE zaistniały takie okoliczności | |
| Liczba powstałych miejsc pracy w wyniku realizacji projektu? | | * ……………… * NIE DOTYCZY | |
| Czy wystąpiły problemy w realizacji operacji? | | * TAK * NIE | |
| ***Jeśli „tak” to:*** | |
| **Jakie problemy i jakie jest planowane ich rozwiązanie?** | | | |
|  | | | |
| **Inne uwagi dotyczące realizacji operacji ?** | | | |
|  | | | |