|  |
| --- |
| **Sprawozdanie końcowe** **W ramach poddziałania „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 dla operacji realizowanych w ramach projektu grantowego** |
| ………………………………………………………………………  Znak sprawy  | ………………………………………………………………………Potwierdzenie przyjęcia przez LGD |
|  |
| 1. **Rodzaj płatności**

*Proszę zaznaczyć właściwe pole* |
|  | Pośrednia |
|  | Końcowa  |
| 1. **Dane identyfikacyjne wnioskodawcy**
 |
| **II.1. Status prawny***Proszę zaznaczyć właściwe pole* |
|  | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej. |
|  | Organizacja pozarządowa. |
|  | Jednostka sektora finansów publicznych (tj. pomiot, który wykonuje zadania publiczne i jest finansowany ze środków publicznych) |
|  | Jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną działająca na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, np. parafie, związki wyznaniowe. |
| **II.2. Pełna nazwa Wnioskodawcy** |
|  |
| **II.3. NIP** | **II.4. REGON** | **II.5. KRS** | **II.6. Numer identyfikacyjny** |
|  |  |  |  |
| **II.7. Adres siedziby i oddziału Wnioskodawcy****(adres oddziału należy podać jeżeli siedziba leży poza obszarem LSR)**  |
|  |
| **II.7.1. Numer/-y telefonu/-ów** | **II.7.2. Adres e-mail** |
|  |  |
| **II.8. Adres do korespondencji***Jeżeli jest inny niż adres siedziby. W przeciwnym wypadku należy wstawić „-”* |
|  |
| **II.8.1 Numer telefonu** | **II.8.2. Adres e-mail** |
|  |  |
| **II.9. Dane osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy** |
| *II.9.1. Imię* | *II.9.2. Nazwisko* | *II.9.3. Funkcja* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Pełnomocnik  |
| **II.10. Dane osoby uprawnionej do kontaktu** |
| *II.10.1. Imię* | *II.10.2. Nazwisko* |
|  |  |
| *II.10.3. Numer telefonu* | *II.10.4. Adres e-mail* |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy nieposiadającej osobowości prawnej, w imieniu której o powierzenie grantu ubiega się osoba prawna powiązana organizacyjnie z tą jednostką**
 |
|  |
| **III.2. NIP** | **III.3. REGON** | **III.4. Numery /-y telefonu/-ów** |
|  |  |  |
| **III.5. Adres jednostki**  |
|  |

|  |
| --- |
| **IV. Dane z umowy o dofinansowanie:** |
| **Tytuł operacji:** |
| **Sprawozdanie za okres:** |
| **Nr umowy:** |
| **Data zawarcia umowy:** |
| **Kwota dofinansowania z umowy dla całej operacji/ETAP:** |
| **Wskazanie okresu, którego dotyczy sprawozdanie:**  |

|  |
| --- |
| **V. Sprawozdanie merytoryczne** |
| **VI.1. Opis zrealizowanej operacji***Na jakie problemy/potrzeby odpowiedziała operacja? Kogo dotyczyły te problemy/potrzeby? Co zostało zrobione?* |
|  |
| **VI.2. Miejsce realizacji operacji***Proszę o podanie nazwy miejscowości/gminy, na terenie której realizowana była operacja* |
|  |
| **VI.3. Cel realizacji operacji***Czy główny cel realizacji operacji został osiągnięty? Co się zmieniło w wyniku jego realizacji?*  |
|  |
| **VI.4. Rezultaty operacji***Proszę opisać osiągnięte rezultaty miękkie i twarde operacji: co powstało w wyniku jej realizacji? Jakie zmiany zaszły w społeczności lokalnej?* |
|  |
| **VI.5. Opis w jaki sposób dofinansowanie z dotacji inwestycji związanych z realizacją operacji wpłynęło na jego wykonanie** |
|  |
| **VI.6. Harmonogram** |
| **VI.6.1. Nazwa działania***Zgodna z zestawieniem rzeczowo-finansowym* | **IV.6.2. Termin realizacji** *Proszę wskazać w formacie MM-RRR* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **VII. Sprawozdanie finansowe**  |
| **Rodzaje kosztów** | **Całkowity koszt operacji (zł)** | **Koszty kwalifikowane operacji (zł)** |
| **VII.1.1. Koszty określone w § 17 ust. 1 rozporządzenia z wyłączeniem wkładu niepieniężnego oraz kosztów ogólnych** |  |  |
| **VII.1.2. Wartość wkładu niepieniężnego, w tym:** |  |  |
| 1. Koszy pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie
 |  |  |
| 1. Koszty udostępnienia ziemi, nieruchomości i sprzętu lub surowców
 |  |  |
| **VII.1.3. Koszty ogólne w tym:** |  |  |
| a) kwota z publicznych środków krajowych |  |  |
| **VII.1. Koszty realizacji operacji razem (suma kwot IV.1.1. – IV.1.3.)** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VIII. Zestawienie rzeczowo-finansowe operacji** |  |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie zakresu rzeczowego** | **Mierniki rzeczowe** | **Koszty kwalifikowane operacji (zł)** | **Koszty niekwalifikowane operacji (zł)** |
| **Jedn. miary** | **Ilość (liczba)** | **Ogółem** | **w tym VAT** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **I.** | **Koszty określone w § 17 ust. 1 rozporządzenia z wyłączeniem wkładu niepieniężnego oraz kosztów ogólnych, w tym:** |  |
| A. |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| Suma A |  |  |  |
| B. |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| Suma B |  |  |  |
| **SUMA I** |  |  |  |
| **II.** | **Wartość wkładu niepieniężnego, w tym:** |  |
| A. | Koszy pracy oraz usług świadczonych nieodpłatnie |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| Suma A |  |  |  |
| B. | Koszty udostępnienia ziemi, nieruchomości i sprzętu lub surowców |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| Suma B |  |  |  |
| **Suma II** |  |  |  |  |  |
| **III.** | **Koszty ogólne, w tym:** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| **Suma III** |  |  |  |
| **Suma kosztów kwalifikowanych operacji (I+II+III) i niekwalifikowanych** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IX. Wykaz faktur lud dokumentów o równoważnej wartości dowodowej dokumentujących poniesionych kosztów** |  |
| **L.p.** | Nr faktury lub dokumentu | Rodzaj dokumentu | Nr księgowy lub ewidencyjny dokumentu | Data wystawienia (dd-mm-rr) | NIP i nazwa wystawcy faktury lub dokumenty | Pozycja nafakturze lubdokumenciealbo nazwatowaru/usług | Pozycja wZestawieniurzeczowo -finansowym | Data zapłaty(dd-mm-rr) | Kwota wydatków całkowitych | Kwota wydatków kwalifikowalnych | Kwota wydatków niekwalifikowalnych |
| Ogółem | VAT |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **X. wskaźniki związane z realizacja grantu** | **Opis sposobu pomiaru wskaźnika** |
| **Lp.** | **Nazwa wskaźnika** | **Wskaźnik produktu** | **Wskaźnik rezultatu** |
| **Wartość początkowa** | **Wartość planowana** | **Wartość końcowa** | **Wartość początkowa** | **Wartość planowana** | **Wartość końcowa** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **XI. Załączniki** |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Liczba** | **Tak** | **ND** |
| 1. | Dokumentacja zdjęciowa |  |  |  |
| 2. | Lista obecności ze szkolenia, spotkania, warsztatów |  |  |  |
| 3. | Inne załącznik mające wpływ na prawidłowe rozliczenie grantu:  |  |  |
| a |  |  |  |  |
| b |  |  |  |  |
| c |  |  |  |  |
| d |  |  |  |  |
| e |  |  |  |  |
| f |  |  |  |  |
| g |  |  |  |  |

Oświadczam, że:

1. Mam świadomość o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń,
2. Nie finansuję kosztów kwalifikowalnych operacji z innych środków publicznych, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia,
3. nie podlegam wykluczeniu z ubiegania się o finansowanie na podstawie art. 35 ust. 5 oraz ust. 6 ww. rozporządzenia delegowanego nr 640/2014,
4. nie podlegam zakazowi dostępu do środków publicznych, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 4 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu,
5. nie wykonuję działalności gospodarczej (w tym działalności zwolnionej spod rygorów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej),
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych,
7. zobowiązanie się do umożliwienia przeprowadzenia kontroli,
8. zobowiązanie się do prowadzenia oddzielnego systemu rachunkowości albo korzystania z odpowiedniego kodu rachunkowego,

............................................... .................................................................
 ***miejscowość, data Podpis i pieczęć Beneficjenta/Osób reprezentujących***