**ANKIETA MONITORUJĄCA**

dla beneficjentów Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania „Gorce–Pieniny”

w ramach działania Wdrażanie Lokalnej Strategii Rozwoju w ramach

**PROGRAMU ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2014– 2020 – OŚ 4 LEADER**

Szanowni Państwo,

Zgodnie z § 5 Umowy o warunkach i sposobie realizacji strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność, udostępniamy Państwu formularz ankiety monitorującej. Zebrane informacje będą służyć do oceny stopnia realizacji LSR na lata 2014-2020

*Wypełnioną ankietę w oryginale należy dostarczyć do biura LGD w terminie 14 dni od daty jej otrzymania.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko / Nazwa Wnioskodawcy**  |  |
| **Adres zamieszkania/ Siedziba Wnioskodawcy**  |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **e-mail** |  |
|  |
| **Nr wniosku nadany przez LGD** |  |
| **Etap realizacji operacji** |  Uzupełnienia do wniosku o przyznanie pomocy Podpisana umowa o dofinansowanie  Złożony wniosek o płatność I transzy dnia ……………. Złożony wniosek o płatność końcową (II transzy) z dnia  ………. Wypłata środków – data płatności …………………….. r. Rezygnacja z realizacji / odrzucony wniosek |
| **Data rozpoczęcia operacji (data złożenia wniosku do LGD)** | **Data zakończenia operacji****(złożenie wniosku o płatność II transzy)** |
|  |  |
| **Nr umowy o dofinansowanie\*:****/jeżeli dotyczy/** |  |
| **Data podpisania umowy z SW:** |  |
|  |
| **Całkowity koszt operacji zaplanowany we wniosku o przyznanie pomocy:** |  |
| **Kwota przyznanej pomocy przez SW:****/zgodnie z umową przyznania pomocy/** |  |
| **Całkowity koszt zrealizowanej operacji:** **/zgodnie z wnioskiem o płatność II transzy/** |  |
| **Kwota wypłacona przez ARiMR:** **Data otrzymania płatności końcowej:****/zgodnie z przelewem bankowym/** |  |
| **Tytuł projektu:** |
| */zgodnie z zawartą umową o przyznanie pomocy/* |
| **Cel operacji:** |
| */zgodnie z zawartą umową o przyznanie pomocy/* |
| **Wskaźniki produktu operacji:**  |
| Lp. | **Nazwa wskaźnika**  | **Wartość wskaźnika**  |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
|  |  |  |
| **Wskaźniki rezultatu operacji:** |
| Lp. | **Nazwa wskaźnika**  | **Wartość wskaźnika**  |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Uwagi do wskaźników**  |
| */źródła weryfikacji wskaźników/* |

Pytania dodatkowe nt. realizacji projektu:

|  |  |
| --- | --- |
| Czy była już prowadzona kontrola przez instytucje upoważnione 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 otrzymano zalecenia pokontrolne? | * TAK
* NIE
 |
| Proszę wymienić zalecenia. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………….………………………………………………………….………………………………………………………….……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………… |
| Czy prowadzony jest oddzielny system rachunkowości albo Beneficjent korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego?  | * TAK
* NIE
* NIE DOTYCZY
 |
| Czy prowadzona jest dokumentacja realizacji operacji? | * TAK
* NIE
 |
| Czy prawidłowo realizowany jest proces informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW, zgodnie z przepisami oraz zgodnie z warunkami określonymi w Księdze wizualizacji znaku Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020, opublikowanej na stronie internetowej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, | * TAK
* NIE
 |
| Czy przeprowadzono postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego? | * TAK
* NIE
* 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 ? |
|  |

Pytania dotyczące pracy biura

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Pan/Pani korzystała z doradztwa w Biurze LGD? | * TAK
* NIE
 |
| W jakim zakresie udzielane było doradztwo? |  **Złożony wniosek o dofinansowanie** **Uzupełnienia do wniosku o przyznanie pomocy** **Podpisana umowa o dofinansowanie** **Złożony wniosek o płatność** **Uzupełnienia do wniosku o płatność** |
| Jak ocenia Pani/Pana sprawność funkcjonowania LGD? *(1-wartość najniższa ; 5 wartość najwyższa)* | * 1
* 2
* 3
* 4
* 5
 |
| Inne uwagi |  |
| **Beneficjenci, którzy rozliczyli operacje zobowiązani są do przesłania min 4 zdjęcia dobrej jakości z realizacji projektu na adres** **biuro@leadergorce-pieniny.pl** **wraz z elektroniczną wersją wypełnionej ankiety** **TAK** |

Dane osoby do kontaktu

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię  |
|  |
| E-mail, Telefon |
|  |

\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Gorce-Pieniny” danych osobowych podanych w ankiecie monitorującej w celu niezbędnym do realizacji, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia i promocji projektu.

\* Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Gorce-Pieniny” przesłanych zdjęć, w celu promowania działań związanych z realizacją operacji w ramach działania 19 LEADER, poprzez upowszechnianie zdjęć w Internecie, prasie i telewizji, a także folderach i albumach promocyjny.

 ……………………………………………………………………

/podpis Beneficjenta lub osób upoważnionych do reprezentowania Beneficjenta lub pełnomocnika/