

WNIOSEK O PŁATNOŚĆ

na operacje w ramach poddziałania
19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego
kierowanego przez społeczność”
z wyłączeniem projektów grantowych oraz operacji w zakresie podejmowania
działalności gospodarczej
objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020

symbol formularza W-2_19.2

*Potwierdzenie złożenia wniosku
/pieczęć UM/*

Liczba załączników dołączonych przez Beneficjenta

UM - 6 9 3 5 - UM /

- - 2 0

data złożenia i podpis (wypełnia UM)

znak sprawy (wypełnia Urząd Marszałkowski albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna - dalej UM)

W celu poprawnego wypełnienia wniosku należy zapoznać się z informacjami zawartymi w Instrukcji jego wypełniania

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Wniosek dotyczy:
- 1.1 operacji realizowanej przez podmiot inny niż LGD, z wyłączeniem operacji w zakresie podejmowania działalności gospodarczej TAK
- 1.2 operacji własnej LGD TAK
2. Cel złożenia wniosku o płatność
3. Rodzaj płatności
4. Z postanowień umowy wynika obowiązek utworzenia / utrzymania miejsc(a) pracy
5. Operacja jest dedykowana grupie(-om) defaworyzowanej(-ym), określonym w LSR
- 5.1 Liczba grup defaworyzowanych, do których dedykowana jest operacja
- 5.2 Operacja jest dedykowana grupie(-om) defaworyzowanej(-ym), poprzez utworzenie / utrzymanie miejsc(a) pracy

II. DANE IDENTYFIKACYJNE BENEFICJENTA

1. Liczba podmiotów wspólnie wnioskujących
2. Numer identyfikacyjny
3. Imię i nazwisko / Nazwa Beneficjenta
4. NIP ¹
5. REGON
6. Adres Beneficjenta *(adres zamieszkania osoby fizycznej / adres wykonywania działalności gospodarczej / adres siedziby / oddziału osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej)*

6.1 Kraj	6.2 Województwo	6.3 Powiat	6.4 Gmina
Polska	(wybierz z listy)		
6.5 Kod pocztowy	6.6 Poczta	6.7 Miejscowość	6.8 Ulica
6.9 Nr domu	6.10 Nr lokalu	6.11 Telefon stacjonarny/komórkowy	6.12 Faks
6.13 E-mail		6.14 Adres www	

7. Adres do korespondencji *(wypełnić, jeśli jest inny niż w pkt 6 oraz w przypadku wskazania pełnomocnika)*

7.1 Kraj	7.2 Województwo	7.3 Powiat	7.4 Gmina
Polska	(wybierz z listy)		
7.5 Kod pocztowy	7.6 Poczta	7.7 Miejscowość	7.8 Ulica
7.9 Nr domu	7.10 Nr lokalu	7.11 Telefon stacjonarny/komórkowy	7.12 Faks
7.13 E-mail		7.14 Adres www	

¹ Pole niewypełniane przez osoby fizyczne nie prowadzące działalności gospodarczej lub niebędące zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.

8. Dane pełnomocnika Beneficjenta

8.1 Nazwisko		8.2 Imię		8.3 Stanowisko/Funkcja	
8.4 Kraj Polska	8.5 Województwo (wybierz z listy)		8.6 Powiat		8.7 Gmina
8.8 Kod pocztowy	8.9 Poczta		8.10 Miejscowość		8.11 Ulica
8.12 Nr domu	8.13 Nr lokalu		8.14 Telefon stacjonarny/komórkowy		8.15 Faks
8.16 E-mail			8.17 Adres www		

9. Dane osoby uprawnionej do kontaktu

9.1 Nazwisko		9.2 Imię		9.3 Telefon stacjonarny/komórkowy	
9.4 Faks		9.5 E-mail			

III. DANE Z UMOWY O PRYZNANIU POMOCY

1. Nazwa Funduszu: *Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich*2. Numer umowy: - - U M / 3. Data zawarcia umowy: - - -
dzień miesiąc rok4. Kwota pomocy z umowy przyznana dla całej operacji zł5. Kwota pomocy z umowy przyznana dla danego etapu operacji zł

IV. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

1. Wniosek za okres: od - - do - -
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok2. Koszty całkowite realizacji danego etapu operacji zł3. Koszty niekwalifikowalne realizacji danego etapu operacji zł4. Koszty kwalifikowalne realizacji danego etapu operacji zł

w tym:

4.1 Koszty związane z inwestycją zł5. Wnioskowana kwota pomocy dla danego etapu operacji zł

w tym:

5.1 Publiczne środki wspólnotowe (wkład EFRROW) zł5.2 Publiczne środki krajowe (wkład krajowy) wypłacane przez ARiMR zł5.3 Wkład własny Beneficjenta stanowiący publiczne środki krajowe zł6. Wnioskowana kwota pomocy przypadająca na koszty kwalifikowalne realizacji operacji w części dotyczącej inwestycji zł6.1 w tym kwota rozliczająca zaliczkę zł6.2 Odsetki od wypłaconej zaliczki/wyprzedzającego finansowania podlegające rozliczeniu w ramach wniosku o płatność zł

IV. A. DANE PODMIOTÓW WSPÓLNIE WNIOSKUJĄCYCH O PŁATNOŚĆ W DANYM ETAPIE OPERACJI

(sekcja powielana dla wszystkich podmiotów wspólnie wnioskujących)

1. Nr podmiotu wspólnie wnioskującego	<input type="text"/>
2. Numer identyfikacyjny	<input type="text"/>
3. Imię i nazwisko / Nazwa	<input type="text"/>
	4. NIP ¹ <input type="text"/>
	5. REGON <input type="text"/> - <input type="text"/>
6. Dane wniosku o płatność dla danego podmiotu wspólnie wnioskującego	
6.1 Koszty całkowite realizacji danego etapu operacji	<input type="text"/> zł
6.2 Koszty niekwalifikowalne realizacji danego etapu operacji	<input type="text"/> zł
6.3 Koszty kwalifikowalne realizacji danego etapu operacji	<input type="text"/> zł
w tym:	
6.3.1 Koszty związane z inwestycją	<input type="text"/> zł
6.4 Wnioskowana kwota pomocy dla danego etapu operacji	<input type="text"/> zł
w tym:	
6.4.1 Publiczne środki wspólnotowe (wkład EFRROW)	<input type="text"/> zł
6.4.2 Publiczne środki krajowe (wkład krajowy) wypłacane przez ARiMR	<input type="text"/> zł
6.4.3 Wkład własny Beneficjenta stanowiący publiczne środki krajowe	<input type="text"/> zł
6.5 Wnioskowana kwota pomocy przypadająca na koszty kwalifikowalne realizacji operacji w części dotyczącej inwestycji	<input type="text"/> zł
6.5. w tym kwota rozliczająca zaliczkę	<input type="text"/> zł
6.5. Odsetki od wypłaconej zaliczki/wyprzedzającego finansowania podlegające rozliczeniu w ramach wniosku o płatność	<input type="text"/> zł