

**INFORMACJA
MONITORUJĄCA Z REALIZACJI BIZNESPLANU/
INFORMACJA
PO REALIZACJI OPERACJI**

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

UM - 6935 - UM /

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

Potwierdzenie przyjęcia przez UM /pieczęć/

Liczba dokumentów załączonych przez Beneficjenta wraz z informacją monitorującą

data przyjęcia (dd-mm-rrrr)

i podpis

(wypełnia UM)

I. DANE IDENTYFIKACYJNE BENEFICJENTA

1. Numer Identyfikacyjny

2. Imię i nazwisko / Nazwa Beneficjenta

3. Rodzaj informacji

II. DANE DOTYCZĄCE OPERACJI

1. Nr umowy

- 6935 - UM /

2. Data zawarcia umowy (w formacie dd-mm-rrrr)

3. Data płatności końcowej/III transzy (w formacie dd-mm-rrrr)

4. Zakres operacji

(wybierz z listy zakres realizowanej operacji)

(wybierz z listy zakres realizowanej operacji)

(wybierz z listy zakres realizowanej operacji)

III. WERYFIKACJA ZAŁOŻEŃ ORAZ OSIĄGNIĘTYCH WARTOŚCI WSKAŹNIKÓW DOTYCZĄCYCH MIEJSC PRACY

A. Beneficjent otrzymał wsparcie na operację w zakresie podejmowania działalności gospodarczej

A.1. Beneficjent wykonuje podjętą w ramach operacji działalność i podlega ubezpieczeniu emerytalnemu, ubezpieczeniom rentowym i ubezpieczeniu wypadkowemu na podstawie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych z tytułu wykonywanej działalności gospodarczej z zastrzeżeniem wskazanym w § 27 ust. 1a b rozporządzenia 19.2

A.2. Zostało utrzymane co najmniej jedno miejsce pracy, jakie Beneficjent zobowiązany był utworzyć w ramach operacji realizowanej w zakresie podejmowania działalności gospodarczej

Dezagregacja

Kobiety

Mężczyźni

A.3. Liczba utworzonych miejsc pracy, których (zgodnie z umową o przyznaniu pomocy) nie dotyczy obowiązek utrzymania przez łącznie co najmniej 2 lata w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym upływają 2 lata od dnia wypłaty płatności końcowej.

Dezagregacja

Kobiety

Mężczyźni

B. Beneficjent otrzymał wsparcie na operację w zakresie innym, niż podejmowanie działalności gospodarczej

B.1. Zostało utrzymane co najmniej jedno miejsce pracy, jakie Beneficjent zobowiązany był utworzyć w ramach operacji realizowanej w zakresie innym, niż podejmowanie działalności gospodarczej z zastrzeżeniem wskazanym w § 27 ust. 1b rozporządzenia 19.2

Dezagregacja

Kobiety

Mężczyźni

B.2. Liczba utworzonych miejsc pracy, których (zgodnie z umową o przyznaniu pomocy) nie dotyczy obowiązek ich utrzymania do dnia, w którym upłynie 3/5 lat od dnia wypłaty płatności końcowej.

Dezagregacja

Kobiety

Mężczyźni

IV. WERYFIKACJA WSKAŹNIKA DOTYCZĄCEGO LICZBY PODMIOTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z INFRASTRUKTURY SŁUŻĄCEJ PRZETWARZANIU PRODUKTÓW ROLNYCH ROCZNIE

1. Zakładany poziom osiągnięcia wskaźnika na etapie wniosku o przyznanie pomocy:

	<i>szt.</i>
	<i>szt.</i>
	<i>%</i>

2. Osiągnięty poziom wskaźnika w pierwszym roku po realizacji operacji:

3. Wartość procentowa osiągnięcia wskaźnika:

V. WERYFIKACJA WSKAŹNIKA DOTYCZĄCEGO LICZBY OSÓB, KTÓRE SKORZYSTAŁY Z NOWYCH MIEJSC NOCLEGOWYCH W CIĄGU ROKU W NOWYCH LUB PRZEBUDOWANYCH OBIEKTACH TURYSTYCZNYCH

1. Zakładany poziom osiągnięcia wskaźnika na etapie wniosku o przyznanie pomocy:

	<i>osoba</i>
	<i>osoba</i>
	<i>%</i>

2. Osiągnięty poziom wskaźnika w pierwszym roku po realizacji operacji:

3. Wartość procentowa osiągnięcia wskaźnika:

VI. ZAŁĄCZNIKI

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
...	
...	

VII. OŚWIADCZENIA BENEFICJENTA

1. Oświadczam, że:

dane zawarte w Informacji monitorującej z realizacji biznesplanu/ Informacji po realizacji operacji oraz jej załącznikach są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym; znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).

2. Przyjmuję do wiadomości, iż:

dane Beneficjenta mogą być przetwarzane przez organy audytowe i dochodzeniowe Unii Europejskiej i państw członkowskich dla zabezpieczenia interesów finansowych Unii.

miejsowość i data (w formacie dd-mm-rrrr)

*czytelny podpis(podpisy) Beneficjenta / osoby (osób) reprezentujących
Beneficjenta / pełnomocnika*