**A12\_wzor uchwały w sprawie wyboru operacji oraz ustalenia kwoty wsparcia**

**Uchwała Nr ..…../.……..**

**Rady Stowarzyszenia „Lokalna Grupa Działania Ziemia Gotyku”**

z dnia ……………………………

**w sprawie wyboru operacji zarejestrowanej pod znakiem sprawy …/…/….   
oraz ustalenia kwoty wsparcia**

**Imię i nazwisko/ Nazwa Wnioskodawcy:** …………………………………………………..

**Numer identyfikacyjny** *(jeśli dotyczy)***:** ………………………..

**Tytuł operacji:** …………………………………………………..

**Wnioskowana kwota wsparcia:** ………………………… zł

Na podstawie Art. 21 ust. 4 pkt 1 ustawy o RLKS, § 24 ust. 5 i 6 Statutu Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Ziemia Gotyku oraz § 5 ust. 1 pkt. 11 Umowy o warunkach i sposobie realizacji strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność zawartej między Zarządem Województwa Kujawsko-Pomorskiego a Lokalną Grupą Działania Ziemia Gotykuuchwala się, co następuje:

1. Po przeprowadzeniu procedury wyboru i oceny operacji oraz zgodnie z *Regulaminem Rady LGD* zatwierdza się, że przedmiotowa operacja:
2. jest **zgodna**  z LSR.
3. **została / nie została wybrana[[1]](#footnote-1)** do realizacji w ramach LSR.

Przyczyny niewybrania[[2]](#footnote-2): ………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Operacja uzyskała **………….. pkt.** w ramach oceny operacji pod względem spełnienia kryteriów wyboru i **osiągnęła/nie osiągnęła1** minimum punktowe(-go).

Uzasadnienie oceny: Przedstawiony przez Wnioskodawcę opis operacji zawarty we wniosku oraz załącznikach pozwala jednoznacznie stwierdzić, iż operacja **spełnia / nie spełnia1** kryteriów wyboru i **jest możliwa / nie jest możliwa1** do realizacji w ramach LSR.

1. Operacja **mieści się / nie mieści się1** w limicie środków przewidzianym w ogłoszeniu o naborze wniosków.
2. Dla operacji ustalono kwotę wsparcia w wysokości **…………….. zł**, przy intensywności pomocy wynoszącej ……………%.[[3]](#footnote-3)

Uzasadnienie[[4]](#footnote-4):

Wnioskodawca prawidłowo zastosował wskazaną w LSR intensywność pomocy.

Wnioskodawca zastosował niezgodną z LSR intensywność pomocy zatem kwota pomocy uległa obniżeniu.

Wnioskowana kwota mieści się w limicie pomocy na operację / Beneficjenta w ramach Programu *(nie dotyczy podmiotów będących jednostką sektora finansów publicznych)*.

Wnioskowana kwota nie mieści się w limicie pomocy na operację / Beneficjenta w ramach Programu zatem kwota pomocy uległa obniżeniu.

1. Od decyzji Rady LGD przysługuje Wnioskodawcy możliwość **wniesienia protestu** zgodnie z Ustawą z dn. 20 lutego 2015 r. o rozwoju lokalnym z udziałem lokalnej społeczności oraz *Procedurą wyboru i oceny operacji realizowanych przez podmioty inne niż LGD w ramach Strategii Rozwoju Lokalnego Kierowanego przez Społeczność*.
2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

………………………………………………….

*(podpis Przewodniczącego Rady LGD)*

**UZASADNIENIE DO USTALENIA KWOTY WSPARCIA**

Ustalenie kwoty wsparcia polega na weryfikacji operacji zgodnie z katalogiem kosztów wskazanym w § 17 Rozporządzenia LSR.

Ustalenie kwoty wsparcia w tym przypadku polegało na sprawdzeniu, czy koszty kwalifikowalne określone we wniosku o przyznanie pomocy są zgodne z zakresem kosztów kwalifikowalnych oraz zasadami dotyczącymi kwalifikowalności określonymi w rozporządzeniu LSR.

Czynności sprawdzające wykazały, iż następujące koszty zostały uznane jako niekwalifikowalne (należy obowiązkowo wskazać dokładną nazwę kosztu, jego cenę i parametry, inne ważne z punktu widzenia uznania za niekwalifikowalne):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**UZASADNIENIE OBNIŻENIA KOSZTU ORAZ WSKAZANIE PROPONOWANEJ JEGO WIELKOŚCI** (bez uzasadnienia, obniżenie kwoty wsparcia nie może mieć miejsca):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W związku z powyższym wnioskowana kwota pomocy ulega odpowiedniemu zmniejszeniu tj. wnioskowana kwota pomocy wynosi: ……………………………………… zł (kwota pomocy po zmniejszeniu).

………………….... ……………………………………….

Miejscowość, data czytelny podpis członka Rady

1. *Niepotrzebne skreślić.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku gdy projekt nie został wybrany do realizacji w ramach LSR należy wskazać przyczyny niewybrania.* [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku stwierdzenia niekwalifikowalności  danego kosztu, kwota pomocy ulega odpowiedniemu zmniejszeniu przy zachowaniu poziomu intensywności pomocy przyjętej w LSR. Punkt dotyczy tylko operacji wybranych. W innym przypadku skreślić. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy zaznaczyć mn. 1 z opcji. [↑](#footnote-ref-4)