Załącznik nr 1

do Uchwały ………………………..

Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego

z dnia ……………………… 2017 r.

**Lista sprawdzająca – narzędzie pomocy dla Beneficjentów**

Lista ta stanowi pomoc przy weryfikacji czy we wniosku o dofinansowanie projektu zostały zawarte wszystkie niezbędne elementy.

Lista sprawdzająca **nie jest dokumentacją konkursową** i nie stanowi podstawy do powoływania się na nią w proteście.

**Wnioskodawco, sprawdź czy:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **Podstawowe informacje i kryteria** | **Tak** | | **Nie** | **Nie dotyczy** |
| 1 | zapoznałeś się z Instrukcją wypełniania wniosku o dofinansowanie projektu współfinansowanego z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko- Mazurskiego na lata 2014-2020 (wersja 4.0)? |  | |  |  |
| 2 | wersja elektroniczna wniosku o dofinansowanie jest zgodna z wersją papierową (sumy kontrolne wersji papierowej i elektronicznej są tożsame) oraz wydruk zawiera wszystkie strony o sumie kontrolnej zgodnej z wersją elektroniczną? |  | |  |  |
| 3 | wniosek o dofinansowanie w wersji papierowej został opatrzony podpisami i pieczęciami osoby uprawnionej/osób uprawnionych do podejmowania wiążących decyzji w Twoim imieniu i Partnerów (o ile dotyczy)? |  | |  |  |
| 4 | w polu 1.8 wpisałeś tytuł projektu (Pamiętaj, że nie może być on tożsamy z nazwą RPO WiM 2014-2020 ani nazwami Osi priorytetowych, Priorytetów Inwestycyjnych, Działań i Poddziałań RPO WiM 2014-2020. Tytuł nie może liczyć więcej niż 1000 znaków i powinien zaczynać się od litery lub cyfry arabskiej – nie powinno się stosować jako pierwszego znaku w tytule projektu innych znaków takich jak: cudzysłów, myślnik, nawias, itp., ani znaków specjalnych np. „^” „%” „&”, itp.)? |  | |  |  |
| 5 | w polu 1.9 wskazałeś odpowiedni typ projektu Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych RPO WiM 2014-2020 (dalej: SzOOP)?  W ramach konkursu przewiduje się realizację jednego typu projektu:  Realizacja programów profilaktycznych opracowanych na szczeblu krajowym pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia w zakresie raka piersi, w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne. |  | |  |  |
| 6 | w polu 1.13 wpisałeś prawidłowe miejsce realizacji projektu? (np. zgodne z miejscem realizacji większości zadań w projekcie/ obszarem z którego rekrutowani są uczestnicy)? |  | |  |  |
| 7 | informacje zawarte w polu 1.23 są zgodne z metodą rozliczania wydatków wskazaną w projekcie? |  | |  |  |
| 8 | informacje wykazane w polu 1.24 są zgodne z zapisami wniosku o dofinansowanie odnośnie pomocy publicznej? |  | |  |  |
| 9 | w polu 1.25 wskazałeś prawidłowy typ projektu? (zgodnie z zapisami Regulaminu konkursu prawidłowy typ projektu: „inny”) |  | |  |  |
| 10 | w polu 1.27 wskazałeś prawidłową informację na temat partnerstwa publiczno-prywatnego? (Wartość prawidłowa to „NIE”) |  | |  |  |
| 11 | w polu 1.28 wskazałeś powiązanie planowanego projektu ze strategiami? („Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego województwa warmińsko-mazurskiego do roku 2025”) |  | |  |  |
| 12 | jeżeli projekt nie generuje dochodu, to w polu 1.33 wskazałeś odpowiedź „NIE”? |  | |  |  |
| 13 | w polu 2.1 oraz 2.2 wskazałeś pełną nazwę oraz status prawny zgodnie z Twoimi danymi rejestrowymi? |  | |  |  |
| 14 | w polach 2.7 - 2.8 wpisałeś numer NIP oraz REGON zgodnie z danymi rejestrowymi? |  | |  |  |
| 15 | w polu 2.9 wskazałeś aktualny adres siedziby oraz aktualne dane kontaktowe Wnioskodawcy (nr telefonu, poczta e-mail)? |  | |  |  |
| 16 | w polu 2.11 wskazałeś osobę (y) uprawnioną (e) do podejmowania decyzji wiążących  w Twoim imieniu (wraz z aktualnymi danymi kontaktowymi)? |  | |  |  |
| 17 | w polu 2.12 wskazałeś osobę uprawnioną do kontaktów roboczych (wraz z aktualnymi danymi adresowym i danymi kontaktowymi)? |  | |  |  |
| 18 | w polu 2.13 wskazałeś dane wszystkich partnerów realizujących projekt? (pamiętaj, że jako partnera należy wskazać jednostkę posiadającą osobowość prawną np. Gminę/Powiat) |  | |  |  |
| 19 | w polu 2.14 wskazałeś osoby uprawnione do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera (wraz z aktualnymi danymi adresowym i danymi kontaktowymi)? |  | |  |  |
| **II** | **Kryteria formalne wyboru projektu** |  | |  |  |
| 1 | zgodnie z SzOOP jesteś podmiotem uprawnionym do ubiegania się o dofinansowanie w ramach właściwego Działania/Poddziałania RPO WiM 2014-2020? |  | |  |  |
| 2 | złożyłeś dopuszczalną w Regulaminie konkursu liczbę wniosków o dofinansowanie projektu (o ile dotyczy)? |  | |  |  |
| 3 | rozliczasz wydatki za pomocą kwot ryczałtowych, jeżeli wartość wkładu publicznego w projekcie nie przekracza 100 000 EUR? |  | |  |  |
| 4 | nie podlegasz wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie ze środków UE na podstawie odrębnych przepisów? |  | |  |  |
| partner/ partnerzy nie podlegają wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie ze środków UE na podstawie odrębnych przepisów? |  | |  |  |
| 5 | w przypadku projektu partnerskiego wniosek spełnia wymogi określone w art. 33 ustawy  z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-2020 (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 217 z późn. zm.)? |  | |  |  |
| 6 | okres realizacji projektu zawiera się w przedziale 1 stycznia 2014 – 31 grudnia 2023 roku? |  | |  |  |
| 7 | wniosek o dofinansowanie oraz załączniki (o ile dotyczy) wypełniono w języku polskim? |  | |  |  |
| **III** | **Kryteria merytoryczne wyboru projektów** |  | |  |  |
| **III a** | **Kryteria merytoryczne zerojedynkowe** |  | |  |  |
| 1 | typ projektu, dobór grupy docelowej, minimalna i maksymalna wartość projektu oraz kwestie dotyczące limitów i ograniczeń w realizacji projektu określiłeś w sposób zgodny z zapisami właściwej Osi Priorytetowej RPO WiM 2014-2020 i SzOOP? |  | |  |  |
| 2 | wniosek nie zawiera wydatków w ramach cross-financingu? Pamiętaj, że regulamin konkursu nie dopuszcza takiego rodzaju wydatków. |  | |  |  |
| 3 | poziom środków trwałych nie przekracza dopuszczalnego poziomu określonego w SzOOP? |  | |  |  |
| 4 | poziom wkładu własnego wynosi co najmniej:   * dla projektów publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych – 15%, * dla projektów podmiotów niepublicznych, innych niż podmioty lecznicze – 5%? |  | |  |  |
| 5 | wartość kosztów pośrednich jest zgodna z limitami określonymi w Regulaminie konkursu? |  | |  |  |
| 6 | zawarłeś we wniosku zapisy/informacje odnośnie zasady równości szans kobiet i mężczyzn (w oparciu o standard minimum)? |  | |  |  |
| 7 | zawarłeś we wniosku zapisy/informacje potwierdzające czy projekt jest zgodny z zasadą zrównoważonego rozwoju? |  | |  |  |
| 8 | zawarłeś we wniosku zapisy/informacje jak będzie realizowana zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami? |  | |  |  |
| 9 | projekt jest zgodny z właściwym prawodawstwem krajowym, w tym z ustawą z dnia  29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 2164)? |  | |  |  |
| 10 | projekt jest zgodny z zasadami pomocy publicznej lub pomocy de minimis? |  | |  |  |
| **IIIb** | **Kryteria merytoryczne – specyficzne obligatoryjne** |  | |  |  |
| 1 | projektodawca składa wniosek o dofinansowanie projektu obejmujący swym zasięgiem całe województwo warmińsko-mazurskie? |  | |  |  |
| 2 | projekt będzie realizowany zgodnie z założeniami zawartymi w Programie profilaktyki raka piersi? |  | |  |  |
| 3 | projekt skierowany jest w co najmniej 50% do osób zamieszkałych na obszarach „białych plam” w zakresie profilaktyki raka piersi? |  | |  |  |
| 4 | grupę docelową w projekcie stanowią osoby w wieku aktywności zawodowej, będące w grupie podwyższonego ryzyka, tj. kobiety w wieku 50-64 lat? |  | |  |  |
| 5 | realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ? |  |  | |  |
| 6 | wnioskodawca lub co najmniej jeden z partnerów w projekcie posiada, co najmniej 36 miesięczne doświadczenie w obszarze, w którym realizowany był Program profilaktyki raka piersi na obszarze województwa warmińsko – mazurskiego? |  | |  |  |
| 7 | wnioskodawca/partner posiada lub zapewnia udział podmiotu posiadającego kontrakt z Płatnikiem w ramach Programu profilaktyki raka piersi? |  | |  |  |
| 8 | okres realizacji projektu wynosi do 36 miesięcy? |  | |  |  |
| 9 | grupę docelową w ramach projektu stanowią co najmniej w 20% kobiety, które nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku nowotworów Raka piersi (na podstawie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki – SIMP), a które kwalifikują się do udziału w programie? |  | |  |  |
| **IV** | **Preferencje dotyczące grupy docelowej w ramach realizowanego projektu** |  | |  |  |
| 1 | złożyłeś czytelną deklarację preferowania osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi? |  | |  |  |
| **V** | **Spełnienie wszystkich limitów i ograniczeń wskazanych w Regulaminie konkursu** |  | |  |  |
| 1 | realizujesz projekt zgodnie z zasadami określonymi w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020? Czy zapoznałeś się z tym dokumentem i złożyłeś tego czytelną deklarację? |  | |  |  |
| 2 | realizacja wsparcia odbywa się zgodnie z zapisami RPO WiM 2014-2020 z uwzględnieniem zasad określonych w wytycznych horyzontalnych Ministra Infrastruktury i Rozwoju (Spis wytycznych znajduje się w części 5 pkt. 2 SzOOP)? Czy zapoznałeś się z tymi dokumentami i złożyłeś czytelną deklarację we wniosku o dofinansowanie projektu? |  | |  |  |
| 3 | podejmowane działania w sektorze ochrony zdrowia muszą być zgodne z Planem działań w sektorze zdrowia dla województwa warmińsko-mazurskiego wdrażanego z wykorzystaniem funduszy unijnych na szczeblu krajowym i regionalnym, po zatwierdzeniu przez Komitet Sterujący.? |  | |  |  |
| 4 | wsparcie jest realizowane w miejscu zamieszkania uczestnika projektu. W przypadku konieczności świadczenia usług opieki zdrowotnej w innym miejscu, Beneficjent zapewnia zwrot kosztów dojazdu (z miejsca zamieszkania i z powrotem) lub zapewnia zorganizowany dojazd do miejsca wykonywania badania? |  | |  |  |
| 5 | działania informacyjno-edukacyjne oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej o charakterze lokalnym, polegające na zachęcaniu osób do badań profilaktycznych nie mogą stanowić jedynych działań w ramach projektu? |  | |  |  |
| 6 | prowadzenie działań z zakresu edukacji prozdrowotnej możliwe jest wyłącznie przez osoby z wykształceniem lekarskim lub pielęgniarskim lub przez absolwentów kierunku zdrowie publiczne? |  | |  |  |
| 7 | projekt w 50 % skierowany jest do osób zamieszkałych w miejscowościach poniżej 20 tys. mieszkańców, w tym w szczególności obszary wiejskie (zgodnie z definicją GUS)? |  | |  |  |
| 8 | ze środków projektu nie dopuszcza się zakupu mammobusa, natomiast w ramach projektu kwalifikowalny jest koszt wynajmu mammobusa? |  | |  |  |
| 9 | ze środków dofinansowania nie może zostać sfinansowany koszt badania mammograficznego uczestnika projektu, którego finansowanie zagwarantowane jest ze środków publicznych będących w dyspozycji Płatnika? |  | |  |  |
| 10 | koszt badania mammograficznego uczestnika projektu może zostać wykazany w projekcie, jako wkład własny pod warunkiem, że źródłem jego finansowania są środki Płatnika będące w dyspozycji Beneficjenta lub partnera projektu? |  | |  |  |
| 11 | wnioskodawca ma obowiązek monitorowania liczby uczestniczek, które ponownie zgłosiły się na badanie w ramach projektu (każda uczestniczka bez względu na liczbę wykonanych badań w projekcie może być liczona tylko raz do wskaźników produktu oraz rezultatu)? |  | |  |  |
| 12 | wnioskodawca zapewni, iż świadczenia opieki zdrowotnej będą realizowane zgodnie z wymogami prawnymi, w szczególności w kontekście praw pacjenta? |  | |  |  |
| 13 | koszty zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia są kosztami kwalifikowalnymi? |  | |  |  |