

Załącznik nr 4

Kraków, dnia
(dd/mm/rr)

Znak sprawy:

**LISTA SPRAWDZAJĄCA
Z CZYNNOŚCI MONITORINGOWO – KONTROLNYCH**

Nazwa Beneficjenta Pomocy:

Numer umowy:

Termin czynności monitoringowo – kontrolnych:

Lp.	Wykonywane czynności	TAK / NIE / NIE DOTYCZY	Uwagi
1.	Czy został zachowany wymóg prowadzenia działalności gospodarczej w formie spółdzielni socjalnej?		
2.	Czy został zachowany wymóg zatrudnienia pracownika na podstawie umowy o pracę / przyjęcia nowego członka do spółdzielni socjalnej?		
3.	Czy Beneficjent Pomocy posiada sprzęt i wyposażenie zakupione z otrzymanych środków?		
4.	Czy Beneficjent Pomocy wykazał przychód z tytułu świadczonych usług lub sprzedaży towarów lub uzasadnił fakt nieposiadania zakupionych towarów?		

Podpis członków zespołu kontrolującego:

1.

2.

....., dnia