**Ε\_2.1**

|  |
| --- |
| **ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ (CHECK LIST)**  **ΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΟΤΔ**  **του Μέτρου 19, Υπομέτρου 19.2 «Στήριξη υλοποίησης δράσεων των στρατηγικών Τοπικής Ανάπτυξης με Πρωτοβουλία Τοπικών Κοινοτήτων (CLLD/LEADER)” του ΠΑΑ 2014-2020** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Συντάκτης: | | ΕΥΔ (ΕΠ) Περιφέρειας .............................. |
| Κωδικός ΣΑΕ: | |  |
| ΟΤΔ που υποβάλλει το αίτημα προκαταβολής | |  |
| Είδος πληρωμής: | | ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗ |
| Αριθμός παρτίδας: | |  |
| Δημόσια δαπάνη υπομέτρου 19.2 | |  |
| Αρ. πρωτ. αίτησης προκαταβολής | |  |
| Ύψος αιτούμενης προκαταβολής | |  |
| Ποσό πληρωμής παρτίδας: | |  |
| **Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού που τηρείται αποκλειστικά για το υπομέτρο 19.2** | | |
| Τράπεζα: |  | |
| Αριθμός λογαριαμού (IBAN): |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΛΕΓΧΟΙ:** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Ύπαρξη εγκεκριμένου τοπικού προγράμματος |  |  |
| Ύπαρξη αίτησης Προκαταβολής της ΟΤΔ ορθά συμπληρωμένη και αρμοδίως υπογεγραμμένη |  |  |
| Το ύψος της αιτούμενης προκαταβολής αντιστοιχεί σε ποσοστό έως 50% της δημόσιας δαπάνης του υπομέτρου 19.2 |  |  |
| Ύπαρξη έγκυρης Εγγυητικής Επιστολής αορίστου χρόνου προς τον ΟΠΕΚΕΠΕ ποσού ίσου με το 100% της αιτούμενης προκαταβολής |  |  |
| Βεβαιώνεται η ορθή καταχώρηση των απαραίτητων πεδίων στο ΟΠΣΑΑ και επισύναψη των απαιτούμενων συνημμένων εγγράφων |  |  |
| Οι πιστώσεις του ΠΔΕ καλύπτουν την παρούσα πληρωμή |  |  |
| Υπάρχει φορολογική ενημερότητα (*για είσπραξη χρημάτων*) |  |  |
| Υπάρχει ασφαλιστική ενημερότητα (*για είσπραξη εκκαθαρισμένων απαιτήσεων*) |  |  |
| **Παρατηρήσεις:**............................................................................................................................... | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΝΟΜΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑ** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Βεβαιώνεται η νομιμότητα και η κανονικότητα της αίτησης προκαταβολής της ΟΤΔ |  |  |
| Έχουν ληφθεί υπόψη όλες οι ισχύουσες αποφάσεις, οι εγκύκλιοι εφαρμογής του υπομέτρου και οι σχετικές διευκρινιστικές οδηγίες |  |  |
| Ο έλεγχος διεξήχθη σύμφωνα με τις ισχύουσες σχετικές εθνικές και ενωσιακές διατάξεις εφαρμογής |  |  |
| **Παρατηρήσεις:**.................................................................................................................................................. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ημ/νία ……/……/………… | Ημ/νία ……/……/………… | Ημ/νία ……/……/………… |
|  |  |  |
| **Ο ΕΛΕΓΚΤΗΣ** | **Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ....** | **Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ**  **ΕΥΔ ΕΠ Περιφέρειας ...** |
|  |  |  |
| *(ονοματεπώνυμο, υπογραφή)* | *(ονοματεπώνυμο, υπογραφή)* | *(ονοματεπώνυμο, υπογραφή, σφραγίδα)* |