



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Formularz zgłoszenia partnera do wspólnej realizacji projektu

**PT. „WŁĄCZENIE WYŁĄCZONYCH – AKTYWNE INSTRUMENTY WSPARCIA
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA RYNKU PRACY”**

**w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,
Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego
i zawodowego osób niepełnosprawnych**

I. INFORMACJA O PODMIOCIE	
1. Nazwa podmiotu	
2. Forma organizacyjna	
3. NIP	
4. Numer KRS lub innego właściwego rejestru	
5. Regon	
6. Adres siedziby	
6.1. Województwo	
6.2. Miejscowość	
6.3. Ulica	
6.4. Numer domu	
6.5. Numer lokalu	
6.6. Kod pocztowy	
6.7. Adres poczty elektronicznej	
6.8. Adres strony internetowej	
7. Osoba uprawniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera	
zgodnie z wpisem do właściwego rejestru lub ewidencji albo upoważnieniem lub pełnomocnictwem. <i>Jeżeli, zgodnie z dokumentami prawnymi określającymi funkcjonowanie podmiotu (np. statut, wpis do KRS, inne)/ do reprezentowania podmiotu konieczny jest podpis więcej niż jednej osoby, to wszystkie uprawnione osoby powinny być wskazane w punkcie 7 po przez dodanie kolejnych ppkt.</i> <i>Jeżeli osoba opatrująca ofertę podpisem działa na podstawie pełnomocnictwa lub upoważnienia, to upoważnienie do reprezentowania podmiotu należy dołączyć do niniejszego formularza.</i>	
7.1. Imię	



7.2. Nazwisko
7.3. Numer telefonu/faksu
7.4. Adres poczty elektronicznej
8. Osoba do kontaktów roboczych
8.1. Imię
8.2. Nazwisko
8.3. Numer telefonu/faksu
8.4. Adres poczty elektronicznej

II. ZAKRES MERYTORYCZNY		
Wyszczególnienie		Opis
1.	Zgodność działania podmiotu z celami partnerstwa	
1.1.	Doświadczenie (co najmniej 5 lat) w zakresie działalności na rzecz rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych	
1.2.	Doświadczenie w zakresie projektów dotyczących opracowania zmian systemowych lub rozwiązań modelowych (min. 1 projekt na kwotę min. 1 mln PLN)	
1.3.	Doświadczenie w opiniowaniu projektów ustaw lub aktów wykonawczych	
1.4.	Doświadczenie we współpracy z publicznymi i niepublicznymi służbami zatrudnienia i innymi instytucjami rynku pracy	
1.5.	Doświadczenie w promocji rozwiązań z zakresu równości szans i niedyskryminacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy, w tym wspierania zatrudniania osób niepełnosprawnych	
2.	Deklarowany wkład podmiotu w realizację celu partnerstwa	



2.1.	<p><u>Potencjał kadrowy, w tym m.in.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pracownicy posiadający doświadczenie w zakresie realizacji i rozliczania projektów finansowanych z funduszy strukturalnych (min. 2 pracowników, z czego min. 1 z nich posiada doświadczenie w realizacji min. 1 projektu jako kierownik/koordynator projektu i min. 1 posiada doświadczenie w przygotowywaniu wniosków o płatność w min. 1 projekcie); • pracownicy posiadający praktyczne doświadczenie w stosowaniu instrumentów rehabilitacji zawodowej (min. 2 pracowników z min. 2 letnim doświadczeniem w tym obszarze); <p>- należy uwzględnić wyłącznie osoby, które na dzień składania zgłoszenia będą mogły być zaangażowane w realizację projektu</p>	
2.2.	<p><u>Potencjał organizacyjny</u> rozumiany jako prowadzenie działalności na terenie co najmniej 5 województw, tj. posiadanie siedziby, biura lub filii na terenie danego województwa</p>	
2.3.	<p><u>Potencjał finansowy</u></p>	
2.4.	<p><u>Potencjał techniczny</u>, w tym sprzęt i warunki lokalowe, sposób jego wykorzystania w ramach projektu</p> <p>- należy uwzględnić wyłącznie zasoby, które na dzień składania oferty będą zaangażowane w realizację projektu</p>	



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



3.	Doświadczenie w realizacji projektów w zakresie zbieżnym z celami partnerstwa <i>- należy podać tytuł projektów, okres realizacji, źródła finansowania, uzyskane efekty oraz rolę podmiotu w realizacji (Beneficjent lub partner)</i>	
-----------	---	--

III. OŚWIADCZENIA

	1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych.
	2. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania.
	3. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze podmiotu, który reprezentuję – w przypadku wyboru do pełnienia funkcji partnera.

IV. ZAŁĄCZNIKI

	1. Dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących (<i>wymienić</i>): - - - (..)
	2. Inne (<i>wymienić</i>) - - - (...)

Data wypełnienia formularza:

Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/yh do podejmowania decyzji wiążących: