**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PARTNERA**

**do współpracy w zakresie realizacji projektu pozakonkursowego finansowanego   
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach   
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,**

**Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w lokalnej społeczności, typ projektu: Przygotowanie władz samorządowych oraz kadr instytucji pomocy i integracji społecznej do deinstytucjonalizacji usług społecznych i ich świadczenia w społeczności lokalnej. Wsparcie w przygotowaniu i wdrażaniu planu deinstytucjonalizacji usług.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. INFORMACJA O PODMIOCIE** | | |
| **1. Nazwa podmiotu** | | |
| **2. Forma organizacyjna** | | |
| **3. NIP** | | |
| **4. Regon** | | |
| **5. Numer KRS lub innego właściwego rejestru** | | |
| **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.  *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.*  *Jeżeli osoba opatrująca ofertę podpisem działa na podstawie pełnomocnictwa lub upoważnienia, to upoważnienie do reprezentowania podmiotu należy dołączyć do niniejszego formularza.* | | |
| 7.1. Imię | | |
| 7.2. Nazwisko | | |
| 7.3. Numer telefonu | | |
| 7.4. Adres poczty elektronicznej | | |
| **8. Osoba do kontaktów roboczych** | | |
| 8.1. Imię | | |
| 8.2. Nazwisko | | |
| 8.3. Numer telefonu | | |
| 8.4. Adres poczty elektronicznej | | |
| **II. ZAKRES MERYTORYCZNY** | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Opis** |
| **1.** | **Ogólna charakterystyka kandydata na partnera** |  |
| **2.** | **Zgodność działania podmiotu z celami partnerstwa** |  |
| 2.1 | Doświadczenie w minimum trzech obszarach spośród działań na rzecz osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie psychicznym, osób pozostających w kryzysie bezdomności, dzieci przebywających w wieloosobowych placówkach całodobowych. |  |
| 2.2 | Doświadczenie w realizacji minimum trzech działań lub realizacji trzech projektów badawczych na rzecz osób wykluczonych społecznie lub potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie psychicznym, osób pozostających w kryzysie bezdomności, dzieci przebywających w wieloosobowych placówkach całodobowych ,w tym przynajmniej jedno działanie lub badanie prowadzone w tematyce deinstytucjonalizacji usług społecznych. |  |
| **3.** | **Deklarowany wkład podmiotu w realizację celu partnerstwa** |  |
| 3.1 | **Potencjał kadrowy, tym:**   * informacje na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego oraz wykształcenia osób realizujących projekt, * wskazanie sposobu wykorzystania potencjału kadrowego w ramach projektu**.**   *- należy uwzględnić wyłącznie osoby, które na dzień składania zgłoszenia będą mogły być zaangażowane w realizację projektu* |  |

| 3.2 | **Potencjał techniczny***,*  w tym sprzęt i warunki lokalowe, sposób jego wykorzystania w ramach projektu  *-należy uwzględnić wyłącznie zasoby, które na dzień składania oferty będą mogły być zaangażowane w realizację projektu* |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** | **Deklarowany zakres współpracy w trakcie przygotowania projektu oraz koncepcja proponowanych działań do realizacji przez Partnera ze wskazaniem czy działania te są kontynuacją wcześniej prowadzonych projektów** |  |

1. **Doświadczenie kandydata na partnera w realizacji projektów zbieżnych z celami partnerstwa.   
   Wykaz realizowanych prac/zamówień/projektów.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa | Charakterystyka (np. grupa docelowa, rodzaj działań) | Rezultaty, produkty | Wartość projektu | Projekt dofinansowany ze środków UE (tak/nie) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

| **III. Oświadczenia** |
| --- |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą. |
| 2. Oświadczam, że instytucja, którą reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami. |
| 3. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.). |
| 1. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest podmiotem powiązanym z Wnioskodawcą w rozumieniu Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznymw zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu  (Dz. Urz. UE L 187 z dnia 26.06.2014 r.). |
| 1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze instytucji, którą reprezentuję – w przypadku zaproszenia do negocjacji i/lub wyboru do pełnienia funkcji Partnera. |

| **IV. Załączniki** |
| --- |
| 1. Dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących *(wymienić)*:   -  -  - (..) |
| 1. Inne *(wymienić*)   -  -  - (…) |
| **Data wypełnienia formularza:** |
| **Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do podejmowania decyzji wiążących:** |