Zał. nr 1

# WNIOSEKKANDYDAT NA PARTNERA 2

# do projektu „*Dostępny samorząd 2.0”*

# *(dotyczące partnera będącego podmiotem działającym w obszarze*

# *wspierania osób z niepełnosprawnościami)*

**Część A. DANE KANDYDATA**

Nazwa i adres siedziby kandydata na partnera:

……………….................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Tel. ………….……………...... tel. kom. ……………………………..

NIP ……………….…………… REGON …………...........................

KRS ……………………………………

Osoba uprawniona do kontaktów z Liderem:

Imię i nazwisko: ……………………….……………………………

adres e-mail: ………………………………………………………...

tel.: ……………….…………………..….......................................

**Część B. CZĘŚĆ OPISOWA**

### **Dotychczasowa działalność kandydata na partnera uwzględniająca osiągnięcia we wspieraniu podmiotów publicznych w zakresie realizacji działań w obszarze dostępności.**

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….….…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….….………………..…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

### **Doświadczenie kandydata na partnera w kwestiach dotyczących zapewniania dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami.**

### **Wykaz zrealizowanych projektów w zakresie:**

1. **projektowania uniwersalnego lub opracowywania standardów dostępności**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa projektu | Charakterystyka (np. grupa docelowa, rodzaj działań) | Okres realizacji działania | Rezultaty, produkty | Wartość działania (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **prowadzenia audytów dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej oraz cyfrowej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa działania | Charakterystyka (np. grupa docelowa, rodzaj działań) | Okres realizacji działania | Rezultaty, produkty | Wartość działania (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **realizacji procesu szkoleniowo-doradczego na rzecz instytucji publicznych - w szczególności JST**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa działania | Charakterystyka (np. grupa docelowa, rodzaj działań) | Okres realizacji działania | Rezultaty, produkty | Wartość działania (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **realizacji i rozliczania projektów współfinansowanych ze środków UE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa projektu | Charakterystyka (np. grupa docelowa, rodzaj działań) | Okres realizacji projektu | Rezultaty, produkty | Wartość projektu (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### **Opis koncepcji udziału w projekcie kandydata na partnera – zgodny z Indykatywnym podziałem zadań pomiędzy partnerów w Projekcie (zał. nr 5).**

**Zakres proponowanych zadań planowanych do realizacji przez kandydata na partnera wraz z uzasadnieniem:**

1. ………………………………………………………………….…………..
2. ………………………………………………………………………………
3. …………………….…………………………………………………………
4. ………….…………………………………………………………………itd.

### **Wykaz osób stanowiących potencjał osobowy partnera wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego, wykształcenia oraz zakresu zadań planowanych do powierzenia w toku projektu[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Wykształcenie i kwalifikacje | Doświadczenie zawodowe  | Zakres udziału w projekcie, w obszarach zgodnie z pkt II zgłoszenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

W tabeli należy wskazać osoby które, na dzień składania zgłoszenia mogą być zaangażowane w realizację projektu.

###  **Opis potencjału organizacyjnego, finansowego i technicznego kandydata na partnera w zakresie związanym z celami partnerstwa:**

1. Potencjał organizacyjny (wypracowane procedury, standardy pracy, sposoby działania organizacji):

……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………..

1. Potencjał techniczny (posiadane zasoby lokalowe i sprzęt wykorzystywany lub możliwy do wykorzystania przy realizacji projektu):

*(należy uwzględnić wyłącznie zasoby, które na dzień składania zgłoszenia będą mogły być zaangażowane w realizację projektu)*

……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………

### **Czy kandydat na partnera reprezentowany jest w Radzie Dostępności**[[2]](#footnote-2)

  

 TAK NIE

.............................................................................

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Partnera)

..................................................

(miejscowość, data)

**Część C. OŚWIADCZENIA KANDYDATA NA PARTNERA 2**

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. z 2022 r. poz. 1634).

.............................................................................

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Partnera)

..................................................

(miejscowość, data)

**Część D. OŚWIADCZENIA KANDYDATA NA PARTNERA 2**

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszego zgłoszenia podmiot, który reprezentuję zatrudnia/nie zatrudnia\* osobę/y z orzeczoną niepełnosprawnością i deklaruję/nie deklaruję\* udziału w/w osoby/osób jako kadry, w łącznym wymiarze co najmniej ½ etatu przeciętnie przez cały okres trwania Projektu.

\*niepotrzebne skreślić

.............................................................................

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Partnera)

..................................................

(miejscowość, data)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury konkurencyjnego naboru partnera do projektu „Samorząd bez barier 2.0”. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)