**Formularz zgłoszenia partnera do wspólnej realizacji projektu**

**pt. „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”**

**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 prawna** |
| **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 poprzez 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/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 społecznej 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 w zakresie świadczenia usług asystenckich na rzecz osób niepełnosprawnych |  |
| 1.5 | Doświadczenie w promocji rozwiązań z zakresu równości szans i niedyskryminacji osób niepełnosprawnych |  |
| **2.** | **Deklarowany wkład podmiotu w realizację celu partnerstwa** |  |
| 2.1 | **Potencjał kadrowy, w tym m.in.:*** *pracownicy posiadający doświadczenie w zakresie realizacji oraz 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 społecznej (min. 1 pracownik z min. 2 letnim doświadczeniem w tym obszarze);*

* *pracownicy posiadający doświadczenie w zakresie organizacji ogólnopolskich akcji upowszechniających i promocyjnych (min. 1 pracownik posiadający doświadczenie w prowadzeniu min. 2 akcji).*

*- należy uwzględnić wyłącznie osoby, które na dzień składania zgłoszenia będą mogły być zaangażowane w realizację projektu* |  |
| 2.2 | **Potencjał organizacyjny** rozumiany jako prowadzenie działalności na terenie co najmniej 5 województw, tj. posiadanie siedziby, biura lub filii na terenie danego województwa |  |
| 2.3 | **Potencjał finansowy** |  |
| 2.4 | **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* |  |
| **3.** | **Doświadczenie w realizacji projektów w zakresie zbieżnym z celami partnerstwa**-*należy podać tytuł projektów, okres realizacji, źródła finansowania, uzyskane efekty oraz rolę podmiotu w realizacji (Beneficjent lub partner)* |  |

|  |
| --- |
| **III. Oświadczenia** |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych.
 |
| Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania. |
| 1. 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 *(wymienić)*:

--- (..) |
| 1. Inne *(wymienić*)

- - - (…) |

|  |
| --- |
| **Data wypełnienia formularza:**  |
| **Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do podejmowania decyzji wiążących:** |