*Załącznik nr 1 do Ogłoszenia*

|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ INSTYTUCJĘ PRZYJMUJĄCĄ ZGŁOSZENIE** |
| Data przyjęcia zgłoszenia: |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PARTNERA DO PROJEKTU**

**W ramach otwartego naboru partnera/partnerów do wspólnego przygotowania i realizacji projektu partnerskiego na rzecz wsparcia rodziny, dzieci i młodzieży oraz deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej – w ramach naboru: FESL.07.07-IZ.01-133/24.**

**I. PODSTAWOWE DANE ZGŁASZAJĄCEGO**

1. Nazwa Podmiotu: …………………………………………………..……………………...

2. Status prawny:……………………………………………………………………………...

3. NIP: ……..…………………………………………………………………………………...

4. REGON: .……………………………………………………………………………………

5. Adres siedziby:

Ulica: ..………………………………………………………………………………………….

Nr domu: …..…………………………….. nr lokalu: ………………………………………..

Kod pocztowy: ……………………………… Miejscowość: ……………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………...

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

6. Osoba do kontaktu:

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

Numer telefonu: ..……………………………………………………………………………...

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

**II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE**

1. Zgodność działania potencjalnego Partnera z celami partnerstwa, w tym w szczególności posiadanie odpowiednich zapisów w dokumentach statutowych:

1) *zgodność działania z celami partnerstwa*

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

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

2) *zapisy w dokumentach statutowych*

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

2. Oferowany wkład potencjalnego Partnera w realizację Projektu:

1. *zaplecze techniczne*

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

1. *zaplecze lokalowe*

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

1. *kadra zaangażowana w realizację programu, kwalifikacje, doświadczenie*

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

1. *potencjał społeczny*

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

3. Doświadczenie w działalności na rzecz wsparcia rodziny, dzieci i młodzieży oraz deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej, zdobyte na obszarze realizacji Projektu lub jego bliskiego sąsiedztwa rozumianego jako gmina lub powiat sąsiadująca/-y z obszarem realizacji Projektu na przestrzeni co najmniej roku:

*1) Rodzaje programów/ projektów/zadań zakres tematyczny*

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

*2) Ilość programów/ projektów/zadań*

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

*3) Ilość osób objętych działaniami w ramach programów/ projektów/zadań*

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

1. *Inne doświadczenie*

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

4. Propozycja udziału potencjalnego Partnera w Projekcie (opis działań wraz z uzasadnieniem i szacunkowym kosztem realizacji działań).

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

**III. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie został skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, karnoskarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.
3. Oświadczam, że osoby działające w imieniu Podmiotu nie zostały skazane prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z próbą pozyskania środków publicznych lub w związku z gospodarowaniem takimi środkami – przez okres 3 lat od dnia uprawomocnienia się wyroku.
4. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
5. Oświadczam, że wobec Podmiotu, który reprezentuję, nie została ogłoszona decyzja o upadłości.
6. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie jest w trakcie rozwiązywania działalności, nie znajduje się pod zarządem komisarycznym, nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego, postępowania naprawczego, nie zawiesił prowadzenia działalności lub nie znajduje się w innej, podobnej sytuacji wynikającej z przepisów prawa.
7. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję, spełnia wszystkie wymogi stawiane Partnerowi wybieranemu przez Ośrodek Rodzinnej Pieczy Zastępczej w Rybniku w niniejszym ogłoszeniu.
8. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję posiada co najmniej roczne doświadczenie w na rzecz wsparcia rodziny, dzieci i młodzieży oraz deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej, zdobyte na obszarze realizacji Projektu lub jego bliskiego sąsiedztwa rozumianego jako gmina lub powiat sąsiadująca/-y z obszarem realizacji Projektu na przestrzeni co najmniej roku.
9. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
10. Deklaruję udział w realizacji Projektu.
11. Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze mojej instytucji do pełnienia  funkcji partnera.

|  |
| --- |
| Data wypełnienie formularza: |
| Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu |