**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PARTNERA**

**do wspólnej realizacji projektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**

**w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027**

**Działanie: FEKP.08.24 Usługi społeczne i zdrowotne,
schemat: Rozwój usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia dziennego**

**Nr naboru: FEKP.08.24-IZ.00-059/23**

|  |
| --- |
| **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 | Udokumentowane doświadczenie w świadczeniu usług w postaci: wsparcia opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (typ 2), rozwoju usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia dziennego (wyłącznie takich jak: dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi) (typ 3), rozwoju usług asystencji osobistej wspierających aktywność w szczególności osób z niepełnosprawnościami (typ 5), działań zwiększających mobilność, autonomie, bezpieczeństwo osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu takie jak: utworzenie wypożyczalni (lub sfinansowanie kosztów wypożyczenia) sprzętu niezbędnego do opieki i rehabilitacji (na obszarach o jego niskiej dostępności), likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania (mieszkania adaptowalne), dowożenie posiłków, zapewnienie transportu door to door (typ 11).- *wykazanie min. 2 usług prowadzonych w ramach typu 2, 3 lub 5.*  |  |
|  **3.** | **Deklarowany wkład podmiotu w realizację celu partnerstwa** |  |
| 3.1 | **Potencjał kadrowy, tj. informacja na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego oraz wykształcenia osób realizujących projekt*** personel posiadający odpowiednie wykształcenie, kwalifikacje a także doświadczenie w realizacji usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennych funkcjonowaniu, osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów,
* personel posiadający doświadczenie praktyczne w pracy w ośrodkach wsparcia dziennego, w tym co najmniej: dwiema osobami posiadającymi co najmniej 3 letnie doświadczenie w pracy w ośrodkach wsparcia dziennego prowadzonych zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wyłącznie takich jak: dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* personel posiadający doświadczenie w realizacji projektów unijnych, w tym co najmniej dwiema osobami, które w ciągu ostatnich 3 lat zarządzały projektami unijnymi,
* personel posiadający doświadczenie w prowadzeniu szkoleń, warsztatów, spotkań edukacyjnych, informacyjnych lub poradnictwa specjalistycznego z zakresu usług społecznych lub usług zdrowotnych, w tym co najmniejdwiema osobami, które w ciągu ostatnich 3 lat realizowały minimum 5 takich działań,
* 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 organizacyjny:**informacja na temat potencjału organizacyjnego rozumianego jako prowadzenie działalności w zakresie usług społecznych lub zdrowotnych na terenie Gminy Miasta Toruń  |  |
|  3.3 | **Potencjał finansowy:*****-*** *należy przedstawić możliwość realizacji działań projektowych w przypadku zagrożenia płynności finansowej w projekcie (potwierdzenie możliwości finansowania zobowiązań zaciągniętych po stronie Partnera)* |  |
| 3.4 | **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* |  |
| **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** |  |

 **5. 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 oraz jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych. |
| 2. Oświadczam, że podmiot, który 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 (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1270 z późn.zm.). |
| 4. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1497). |
| 5. 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., str. 1, z późn. zm.). |
| 6.Wyrażam zgodę na przetwarzanie osobowych zawartych w ofercie wyłącznie do celów przeprowadzenia procedury konkursu na wybór partnera zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r . o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1206). |
| 7. 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:** |