Załącznik nr 1 do Ogłoszenia o naborze partnera do wspólnej realizacji projektu w ramach konkursu nr FEPM.05.17-IZ.00-002/25 dla Działania 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 w zakresie projektów zintegrowanych z projektami finansowanymi w Działaniu 6.3. Infrastruktura społeczna (nabór nr FEPM.06.03-IZ.00-001/25).

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJA O PODMIOCIE** | | | |
| **Dane podmiotu** | | | |
| **1.** | Nazwa podmiotu |  | |
| **2.** | Forma organizacyjna |  | |
| **3.** | NIP |  | |
| **4.** | REGON |  | |
| **5.** | Adres siedziby |  | |
| **6.** | Województwo |  | |
| **7.** | Miejscowość |  | |
| **8.** | Ulica |  | |
| **9.** | Numer domu |  | |
| **10.** | Numer lokalu |  | |
| **11.** | Kod pocztowy |  | |
| **12.** | Adres poczty elektronicznej |  | |
| **13.** | Adres strony internetowej |  | |
| **Osoba uprawniona do reprezentacji** | | | |
| **14.** | Imię |  | |
| **15.** | Nazwisko |  | |
| **16.** | Numer telefonu |  | |
| **17.** | Adres poczty elektronicznej |  | |
| **Osoba do kontaktów roboczych** | | | |
| **18.** | Imię |  | |
| **19.** | Nazwisko |  | |
| **20.** | Numer telefonu |  | |
| **21.** | Adres poczty elektronicznej |  | |
| 1. **KRYTERIA WYBORU PARTNERA** | | | |
| **22.** | **Kryterium 1:** Co najmniej 5-letnie, udokumentowane doświadczenie w zakresie pracy na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną na polu włączenia społecznego lub/i wspierania rozwoju lub/i wyrównywania szans, zdobyte na obszarze realizacji projektu lub jego bliskiego sąsiedztwa rozumianego jako gmina lub powiat sąsiadująca/sąsiadujący z obszarem realizacji projektu (tj. miastem Chojnice) – należy opisać posiadane doświadczenie, uwzględniając grupę docelową, miejsce realizacji zadań oraz okres ich realizacji (od kiedy). | | |
| **OPIS** | | | **Maksymalna liczba punktów** |
|  | | | **Maksymalnie – 5 pkt**. Ocenie podlega liczba udokumentowanych lat doświadczenia w przedmiocie kryterium nr 1, gdzie:   1. do 5 lat – 0 pkt 2. od 5 do 10 lat – 3 pkt 3. powyżej 10 lat – 5 pkt |
| **23.** | **Kryterium 2:** Udokumentowane doświadczenie w zakresie prowadzenia mieszkań treningowych lub/i wspomaganych (wcześniej: wspieranych, chronionych) – należy opisać posiadane doświadczenie, miejsce realizacji zadania i grupę docelową. | | |
| **OPIS** | | | **Maksymalna liczba punktów** |
|  | | | **Maksymalnie – 3 pkt**. Ocenie podlega liczba udokumentowanych lat doświadczenia w przedmiocie kryterium nr 2, gdzie:   1. brak doświadczenia – 0 pkt. 2. do 1 roku – 1 pkt. 3. od 1 roku do 2 lat – 2 pkt 4. powyżej 2 lat – 3 pkt |
| **24.** | **Kryterium 3:** Kadra, tj. personel/stali współpracownicy (zatrudnienie na podstawie umowy cywilno-prawnej) legitymujący się co najmniej 3 -letnim doświadczeniem w prowadzeniu działań merytorycznych (np. trenerów, asystentów rodziny, psychologów, doradców, coachów, animatorów, logopedów, oligofrenopedagogów, rehabilitantów, opiekunów, wychowawców, socjoterapeutów i in.) w pracy na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną. – należy wymienić posiadaną kadrę merytoryczną wg stanowisk oraz liczbę lat doświadczenia w zawodzie. | | |
| **OPIS** | | | **Maksymalna liczba punktów** |
|  | | | **Maksymalnie – 5 pkt**. Ocenie podlega liczba posiadanych lat doświadczenia w przedmiocie kryterium nr 3, gdzie:  a) do 3 lat – 0 pkt  b) od 3 do 5 lat – 3 pkt  c) powyżej 5 lat – 5 pkt |
| **25.** | **Kryterium 4:** doświadczenie (samodzielnie/ jako Lider/ jako Partner) w realizacji co najmniej 2 projektów o łącznej wartości powyżej 200 tys. zł, współfinansowanych ze środków unijnych, rządowych lub innych programów publicznych w okresie ostatnich 5 lat przed złożeniem oferty – należy wymienić i podać: 1. Tytuł projektu, 2. Źródło dofinansowania, 3. Wielość dofinansowania  w PLN, 4. Okres realizacji projektu, 5. Główne zadania realizowane w ramach projektu. | | |
| **OPIS** | | | **Maksymalna liczba punktów** |
|  | | | **Maksymalnie – 5 pkt**. Ocenie podlega liczba posiadanych lat doświadczenia w przedmiocie kryterium nr 3, gdzie:  a) do 3 lat – 0 pkt  b) od 3 do 5 lat – 3 pkt  c) powyżej 5 lat – 5 pkt |
| **26.** | **Kryterium 5:** Oferowany wkład Partnera w realizację celów partnerstwa:   1. jakie zasoby kadrowe Partner zamierza zaangażować do realizacji projektu, w tym zarówno kadrę do zajęć merytorycznych z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, jak i kadrę zarządzająca i wspomagającą realizację projektu (np. koordynatora, księgowość, obsługa porządkowa) – należy opisać funkcję w projekcie i zakres obowiązków; 2. czy i jakie zasoby kadrowe w postaci pracy wolontarnej, Partner zamierza zaangażować do pracy na rzecz projektu – należy opisać funkcję w projekcie i zakres pracy wolontaryjnej; 3. jakie zasoby organizacyjne w postaci usług społecznych (zajęć edukacyjnych lub/i opiekuńczych lub/i wspomaganych) Partner zamierza przeznaczyć na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną, zamieszkujących nowopowstałe mieszkania wspomagane – należy podać jakie rodzaj usług społecznych Partner zamierza realizować na rzecz w/w osób. | | |
| **OPIS** | | | **Maksymalna liczba punktów** |
|  | | | **Maksymalnie – 15 pkt.** Ocenie podlega liczba osób, które Partner zamierza zaangażować doprojektu w wymiarze realizacji zajęć merytorycznym i zadań zarządczych, gdzie:   1. od 1 do 2 osób – 1 pkt 2. od 2 do 4 osób – 3 pkt 3. powyżej 4 osób – 5 pkt   oraz ocenie podlega możliwe zaangażowanie wolontariuszy na rzecz realizacji projektu, gdzie:   1. brak wolontariuszy – 0 pkt 2. od 1 do 2 osób – 1 pkt 3. od 2 do 4 osób – 3 pkt 4. powyżej 4 osób – 5 pkt   oraz ocenie podlega rodzaj i liczba form wsparcia (usług społecznych), jakie Partner zamierza realizować na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną, zamieszkujących nowopowstałe mieszkania wspomagane, gdzie:   1. od 1 do 2 form wsp. – 1 pkt 2. od 2 do 4 form wsp. – 3 pkt 3. powyżej 4 form wsp. – 5 pkt |
| 1. **OŚWIADCZENIA** | | | |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych. | | | |
| 1. 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. | | | |
| 1. 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.). | | | |
| 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., str. 1, z późn. zm.). | | | |
| 1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z regulaminem konkursu zintegrowanego nr FEPM.05.17-IZ.00-002/25 oraz innymi dokumentami dotyczącymi ww. konkursu zamieszczonymi na stronie internetowej: <https://funduszeuepomorskie.pl/nabory/7133-517-uslugi-spoleczne-i-zdrowotne-zintegrowane-z-projektami-finansowanymi-w-dzialaniu-63> | | | |
| 1. Oświadczam, że podmiot który reprezentuje znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu projektu. | | | |
| 1. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuje będzie w pełni dyspozycyjny na terenie miasta Chojnice w okresie realizacji, rozliczania i zachowania trwałości projektu. | | | |
| 1. 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). | | | |
| 1. 7. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze podmiotu, który reprezentuję –  w przypadku wyboru do pełnienia funkcji partnera. | | | |
| 1. **ZAŁĄCZNIKI** | | | |
| 1. **………………….** 2. **…………………** 3. **…………………** 4. **………………..** | | | |

**………………………………………………………..**

**Data i podpis osoby upoważnionej/osób upoważnionych:**