Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DLA PARTNERA PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **I. INFORMACJA O PARTNERZE** |
| **1. Nazwa Partnera** |  |
| **2. NIP** |  |
| **3. Numer KRS lub innego właściwego rejestru** |  |
| **4. REGON** |  |
| **5. Adres siedziby** |
| 5.1. Województwo |  |
| 5.2. Miejscowość |  |
| 5.3. Ulica |  |
| 5.4. Numer domu |  |
| 5.5. Numer lokalu |  |
| 5.6. Kod pocztowy |  |
| 5.7. Adres poczty elektronicznej |  |
| **6. Osoby uprawnione do reprezentacji** |
| 6.1. Imię i nazwisko – stanowisko |  |
| 6.2. Imię i nazwisko – stanowisko |  |
| **7. Osoba do kontaktów roboczych** |
| 7.1. Imię i nazwisko |  |
| 7.2. Numer telefonu |  |
| 7.3. Adres poczty elektronicznej |  |
| 7.4. Numer faksu |  |

|  |
| --- |
| **8. Koncepcja realizacji zadań przez Partnera w ramach Projektu** |
| **Działania ukierunkowanie na zwiększenie dostępu do zdeinstytucjonalizowanych i zintegrowanych usług społecznych w zakresie wsparcia rodziny planowane do realizacji przez Partnera:** |
| Opis ogólny koncepcji, w tym zakres działań i podstawowe założenia |  |
| Działanie/zadanie nr 1 | Nazwa działania/zadania |
| Zakres wsparcia (charakterystyka działania/zadania oraz wymiar godzinowy proponowanej formy wsparcia) |
| Grupa odbiorców |
| Liczba odbiorców wsparcia w ramach działania/zadania |
| Personel wykonujący działanie/zadanie (personel) |
| Liczba placówek, w których realizowane będzie działanie/zadanie |
| Harmonogram (okres/terminy realizacji działania/zadania) |
| Zmiana jakościowa (poszerzenie oferty placówki) 󠄀 **Tak Nie** |
| Zmiana ilościowa (zwiększenie liczby uczestników w stosunku do wartości bazowej sprzed rozpoczęcia Projektu)  **Tak Nie** |
| Działanie/zadanie nr (…) | Nazwa działania/zadania |
| Zakres wsparcia (charakterystyka działania/zadania oraz wymiar godzinowy proponowanej formy wsparcia) |
| Grupa odbiorców |
| Liczba odbiorców wsparcia w ramach działania/zadania |
| Personel wykonujący działanie/zadanie (personel) |
| Liczba placówek, w których realizowane będzie działanie/zadanie |
| Harmonogram (okres/terminy realizacji działania/zadania) |
| Zmiana jakościowa (poszerzenie oferty placówki) 󠄀 **Tak Nie** |
| Zmiana ilościowa (zwiększenie liczby uczestników w stosunku do wartości bazowej sprzed rozpoczęcia Projektu)  **Tak Nie** |
| **9. Zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne zaangażowane w realizację celu partnerstwa** |
| **9.1 Zasoby ludzkie** |
| Osoby zaangażowane w bezpośrednią realizację projektu (działania/zadania merytoryczne) | Posiadane kwalifikacje i kompetencje |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Osoby zaangażowane w zarządzanie projektem | Posiadane kwalifikacje i kompetencje |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **9.2 Zasoby organizacyjne** |
| Rodzaj zasobów (np. know-how, procedury, pozycja w danym środowisku, możliwość oddziaływania na inne podmioty itp.) | Sposób zastosowania w projekcie |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **9.3 Zasoby techniczne** |
| Lokale użytkowe wykorzystywane do realizacji działań na rzecz grupy docelowej i osiągnięcia rezultatów projektu | Rodzaj lokalu (charakterystyka) | Sposób wykorzystania w projekcie |
|  |  |  |
| Sprzęt i wyposażenie wykorzystywane do realizacji działań na rzecz grupy docelowej i osiągnięcia rezultatów projektu | Rodzaj sprzętu i wyposażenia (charakterystyka) | Sposób wykorzystania w projekcie |
|  |  |  |
| **10. Doświadczenie w realizacji działań, których zakres jest zgodny z założeniami Projektu** |
| Liczba lat doświadczenia w prowadzeniu placówek wsparcia dziennego, o których mowa w art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz realizacji programów wsparcia rodziny na obszarze Metropolii Gdańsk – Gdynia – Sopot |  |
| Liczba prowadzonych obecnie (na dzień złożenia oferty) na obszarze Metropolii Gdańsk – Gdynia – Sopot placówek wsparcia dziennego, o których mowa w art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej |  |
| Realizacja wsparcia na rzecz grupy odpowiadającej grupie docelowej projektu (rodziny, dzieci i młodzież): charakterystyka i liczebność grupy  |  |
| **11. Oświadczenia** |
| **11.1 Oświadczenie, że wobec Oferenta nie jest prowadzone postępowanie egzekucyjne, upadłościowe, układowe oraz, że nie została ogłoszona jego upadłość lub likwidacja *(Załącznik nr 2 do Regulaminu)*** |  **Tak Nie** |
| **11.2 Oświadczenie, że Oferent nie jest podmiotem wykluczonym z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27.08.2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 195, z późn.zm.) *(Załącznik nr 3 do Regulaminu)*** |  **Tak Nie** |
| **11.3 Oświadczenie, że wobec Oferenta nie orzeczono zakazu, o którym mowa w art. 12 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15.06.2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r., poz.769) lub zakazu, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 a ustawy z dnia 28.10.2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2015 r. poz. 1855, z późn. zm.) *(Załącznik nr 4 do Regulaminu)*** |  **Tak Nie** |
| **11.4 Oświadczenie, że na Oferencie nie ciąży obowiązek zwrotu pomocy wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub wspólnym rynkiem (rynkiem wewnętrznym) o którym mowa w art. 25 ust. 3 ustawy z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2015 r., poz.1830 z późn.zm.) *(Załącznik nr 5 do Regulaminu)*** |  **Tak Nie** |
| **11.5 Oświadczenie, że Oferent nie jest podmiotem powiązanym z Organizatorem Naboru w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji UE nr 651/2014 z dnia 17.06.2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014r.) *(Załącznik nr 6 do Regulaminu)*** |  **Tak Nie** |
| **11.6 Oświadczam, że prowadzę działania i dysponuję zasobami lokalowymi na terenie Metropolii Gdańsk – Gdynia – Sopot** |  **Tak Nie** |
| **11 .7 Oświadczam, że wszystkie podane w formularzu zgłoszeniowym oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym** |  **Tak Nie** |
| ……………………..……………..……………………………*podpis osoby upoważnionej lub podpisyosób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta*…………………..…………*(miejscowość, data)* |