|  |
| --- |
| Organizacja Partnerska Lokalna (OPL) |

**WNIOSEK WERYFIKUJĄCY SPEŁNIANIE KRYTERIÓW UCZESTNICTWA PRZEZ ORGANIZACJE PARTNERSKIE LOKALNE**

**W PROGRAMIE OPERACYJNYM POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020**

**PODPROGRAM 2017**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA ORGANIZACJI LOKALNEJ SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK**  |  |
| **ADRES**  |  |
| **DATA REJESTRACJI W KRS** |  |
| **NUMER KRS**  |  |
| **TELEFON**  |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **STRONA INTERNETOWA, NA KTÓREJ ZOSTANĄ UMIESZCZONE INF. POPŻ** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA DO KONTAKÓW W SPRAWIE REALIZACJI PROGRAMU****IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **TELEFON**  |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |

|  |
| --- |
| **WNIOSKUJĄCY OŚWIADCZA, ŻE:** |
| **JEST ORGANIZACJĄ DZIAŁAJĄCĄ NON-PROFIT** | TAK | NIE |
| * **Zapoznał się i przyjmuje do realizacji wymogi PO PŻ zawarte w dokumencie:***Wytyczne Instytucji Zarządzającej (MRPiPS) dla Instytucji Pośredniczącej i beneficjentów dotyczące działań realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym w Podprogramie 2017. (opublikowanym:* [*www.mpips.gov.pl*](http://www.mpips.gov.pl/)*).*
 |

|  |
| --- |
| * **Posiada zaplecze administracyjne, zapewniające właściwą obsługę realizacji operacji dystrybucji w Podprogramie 2017** *(tj. pomieszczenie do obsługi administracyjnej, komputer, telefon, możliwość prowadzenia ewidencji księgowej formie papierowej lub elektronicznej, możliwość prowadzenia ewidencji magazynowej w formie elektronicznej lub papierowej)*
 |
| OPISZDOLNOŚCI ADMINISTRACYJNYCH |  |

|  |
| --- |
| * **Posiada zaplecze magazynowe, zapewniające realizację dystrybucji zgodnie z zapisami Wytycznych na Podprogram 2017** *(pomieszczenia magazynowe, zapewniające przechowywanie żywności w warunkach określonych przez producenta, monitoring za pośrednictwem specjalistycznych firm, w ramach własnych zasobów i możliwości, zapewnienie odpowiedniego wyposażenia umożliwiającego załadunek i rozładunek)*
 |
| OPISZDOLNOŚCI MAGAZYNOWANIA |  |

|  |
| --- |
| * **Posiada kadrę/Zespół do realizacji Programu;**
 |

|  |
| --- |
| * **Posiada zdolności administracyjne do realizacji działań na rzecz włączenia społecznego i plan realizacji** *(np. posiada doświadczenie w prowadzeniu działań o charakterze włączenia społecznego, prowadzi stałą współpracę z organizacjami lub podmiotami prowadzącymi takie działania;* zakres planowanych działań towarzyszących, niefinansowanych, obowiązkowych w ramach PO PŻ *(działania, na rzecz włączenia społecznego, wynikające z zapisów statutowych OPL – np. włączanie w funkcjonowanie społeczności lokalnych, pomoc niezbędna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych osób korzystających z pomocy żywnościowej)*
 |
| OPIS ZDOLNOŚCI DO REALIZACJI DZIAŁAŃ NA RZECZ WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO i KRÓTKI OPIS PLANOWANYCH OBOWIĄZKOWYCH DZIAŁAŃ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Planowany sposób dystrybucji artykułów spożywczych** |  |
| OPIS DYSTRYBUCJI ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH DO OSÓB NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄCYCH [ W FORMIE PACZEK, POSIŁÓW] |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Województwo | Planowana liczba osób, którzy zostaną objęci pomocą (w uzgodnieniu z OPS) | Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie paczek | Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie posiłków | Planowana liczba paczek | Planowana liczba posiłków |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Razem  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAKRES WSPÓŁPRACY Z  OPS** (*pisemny lub elektroniczny sposób kontaktu, przekazywanie informacji o realizacji PO PŻ, o dystrybucji - miejscu i czasie, informowanie o działaniach towarzyszących, w których wezmą udział osoby najbardziej potrzebujące, korzystające ze wsparcia):* |
| OPS (nazwa, adres), z którym OPL będzie współpracował |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania OPL |  |
| Miejscowość i data |  |

**DECYZJA**

**o …………..………………………………………………………………...**

**do realizacji  Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020**

**Podprogram 2017**

……………………………………………………………….. w ………………………………………. w dniu …………………..……………………. podjął decyzję o nawiązaniu współpracy z/odrzuceniu oferty ………………………………………………………………………………………………………………………………. w charakterze Organizacji Partnerskiej Lokalnej dystrybuującej żywność do osób potrzebujących w ramach Programu Operacyjnego Pomoc  Żywnościowa 2014 – 2020 Podprogram 2017.

**UZASADNIENIE WYBORU OPS NA OPL:**

……………………………………………………………………….. podjęła decyzję o nawiązaniu współpracy z Ośrodkami Pomocy Społecznej w charakterze OPL dystrybuującej żywność do osób najuboższych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 Podprogram 2017. Decyzja ta została podjęta w oparciu o zebrane informacje, tj.:

* brak organizacji pozarządowych spełniających wytyczne Programu działających na terenie gminy z którego pochodzi dany OPS,
* duża potrzeba wsparcia w postaci pomocy żywnościowej mieszkańców poszczególnych gmin,
* spełnianie wytycznych Programu przez Ośrodki Pomocy Społecznej, które wyraziły chęć współpracy przy Podprogramie 2017.
* ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ośrodek Pomocy Społecznej samodzielnie wyraziły chęć współpracy oraz złożyły wymagane dokumenty. Ustalono również, iż współpraca jest tymczasowa i jak tylko nawiążemy współpracę z organizacją pozarządową działającą na danym terenie, OPS przestanie zajmować się dystrybucją żywności jako OPL.

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania OPR |  |
| Miejscowość i data |  |