|  |
| --- |
| Organizacja Partnerska Lokalna (OPL)  [pieczątka] |

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

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

**PODPROGRAM 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA ORGANIZACJI LOKALNEJ SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK** |  |
| **ADRES** |  |
| **DATA REJESTRACJI W KRS[[1]](#footnote-1)** |  |
| **NUMER KRS** |  |
| **TELEFON** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **STRONA INTERNETOWA, NA KTÓREJ ZOSTANĄ UMIESZCZONE INF. O POPŻ** |  |

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

|  |
| --- |
| **WNIOSKUJĄCY OŚWIADCZA, ŻE:** |
| 1. **jest organizacją działającą non-profit na rzecz osób najbardziej potrzebujących** |

|  |
| --- |
| **2. 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 2020. (opublikowane na stronie: www.mpips.gov.pl).* |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Posiada zaplecze administracyjne zapewniające właściwą obsługę realizacji operacji dystrybucji w Podprogramie 2020** *(tj. pomieszczenie do obsługi administracyjnej, komputer, telefon, możliwość prowadzenia ewidencji księgowej w formie papierowej lub elektronicznej, możliwość prowadzenia ewidencji magazynowej w formie elektronicznej lub papierowej)* | |
| OPIS  ZDOLNOŚCI ADMINISTRACYJNYCH |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Posiada zaplecze magazynowe, zapewniające realizację dystrybucji zgodnie z zapisami Wytycznych na Podprogram 2020** *(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)* | |
| OPIS  ZDOLNOŚCI MAGAZYNOWANIA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Posiada kadrę/Zespół do realizacji Programu** | |
| OPIS ZDOLNOŚCI KADROWYCH |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Prowadzi działania mające na celu włączenie osób doświadczających deprywacji materialnej w funkcjonowanie społeczności lokalnej oraz pomoc towarzyszącą niezbędną do zaspokojenia potrzeb życiowych osób korzystających z pomocy żywnościowej** (*np. realizacja zajęć aktywizujących i wspólnych na rzecz społeczności lokalnej, zmierzające do wyjścia z ubóstwa, grupy wsparci dla różnych kategorii osób w trudnej sytuacji, pomoc osobom bezdomnym w utrzymaniu higieny osobistej, wsparcie psychologiczne)* | |
| OPIS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Zakres współpracy z  OPS[[2]](#footnote-2)** (*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 |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. WSKAŹNIKI REALIZACJI** | | | | | | |
| l.p. | Województwo | Planowana liczba osób, którzy zostaną objęci pomocą) | Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie paczek | Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie posiłków | Planowana liczba paczek [ilość wydań x ilość osób] | Planowana liczba posiłków |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Razem | |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres magazynu, w którym będzie przechowywana żywność POPŻ** |  |

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

1. Nie dotyczy OPS. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nie dotyczy OPL, która jest OPS. [↑](#footnote-ref-2)