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

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

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

**PODPROGRAM 2018**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA ORGANIZACJI PARTNERSKIEJ LOKALNEJ [OPL]**  |  |
| **ADRES**  |  |
| **DATA REJESTRACJI W KRS[[1]](#footnote-1)** |  |
| **NUMER KRS**  |  |
| **TELEFON**  |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **STRONA INTERNETOWA, NA KTÓREJ ZOSTANĄ UMIESZCZONE INF. PO PŻ** |  |

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

**Wnioskujący oświadcza, że:**

1. prowadzi działania non-profit na rzecz najbardziej potrzebujących;
2. posiada zdolności administracyjne do:
	1. realizacji działań w zakresie dystrybucji artykułów spożywczych otrzymanych w ramach PO PŻ;
	2. realizacji działań na rzecz włączenia społecznego;
	3. prowadzenia odrębnych systemów ewidencji księgowej i gospodarki magazynowej artykułów dostarczanych z PO PŻ i z innych źródeł;
3. posiada zaplecze magazynowe, zapewniające realizację dystrybucji zgodnie z zapisami Wytycznych na Podprogram 2018;
4. posiada kadrę wykwalifikowaną/doświadczoną w realizacji projektów finansowanych ze środków UE, w zarządzaniu lub w realizacji działań związanych z dystrybucją żywności
5. zapoznał się i przyjmuje do realizacji wymogi 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 2018;*
6. zdobył doświadczenie w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Województwo | Ogólna planowana liczba osób, która zostanie objęta 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 |  |

**DECYZJA**

………………………………………………………………..[[2]](#footnote-2) w ………………………………………. w dniu ………………..……………………. podjął decyzję o nawiązaniu współpracy z/odrzuceniu oferty[[3]](#footnote-3) ……………………………………………………………………………………………………………………………….[[4]](#footnote-4) w charakterze Organizacji Partnerskiej Lokalnej dystrybuującej żywność do osób potrzebujących w ramach Programu Operacyjnego Pomoc  Żywnościowa 2014 – 2020 Podprogram 2018.

**UZASADNIENIE WYBORU OPS NA OPL[[5]](#footnote-5):**

……………………………………………………………………….. 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 2018. 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 2018.
* ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ośrodek Pomocy Społecznej samodzielnie wyraził 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 |  |

1. Nie dotyczy OPS. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zarząd BZ lub Organ powołany przez Zarządu BZ do zatwierdzenia dokumentu, np. Komisja konkursowa [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebnie skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Nazwa OPL [↑](#footnote-ref-4)
5. dotyczy wyłącznie OPS. [↑](#footnote-ref-5)