Załącznik nr 1  
do *Regulaminu naboru*

**FORMULARZ OFERTY**

udziału w charakterze Partnera Gmin Raków, Łagów i Pierzchnica oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach we współrealizacji projektu pn.: **„Zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług społecznych prowadzących do włączenia społecznego na terenach gmin: Raków, Łagów i Pierzchnica”**

**1. Informacje o partnerze:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa Partnera* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |
| Dane teleadresowe | |
| *Województwo* |  |
| *Miejscowość* |  |
| *Ulica* |  |
| *Numer domu* |  |
| *Numer lokalu* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Adres poczty elektronicznej* |  |
| Osoba do kontaktów roboczych | |
| *Imię i nazwisko* |  |
| *Numer telefonu* |  |
| *Adres poczty elektronicznej* |  |
| *Numer faksu* |  |

**2. Osoby umocowane do reprezentacji**

………………………………………………………………………….. (imię i nazwisko, funkcja)

…………………………………………………………………………... (imię i nazwisko, funkcja)

Podstawa pełnomocnictwa: …………………………………………………………………………………………………………….

(np. Uchwała Zarządu organizacji )

Sposób podejmowania decyzji: ………………………………………………………………………………………………………..

(np. większością głosów )

Rodzaj pełnomocnictwa:……………………………………………………………………………….…………………………………

(np. jednoosobowo, członkowie zarządu działający łącznie itd.)

**3. Charakterystyka zadania**

* 1. *Zgodność działania potencjalnego Partnera z celami partnerstwa (charakterystyka działalności podmiotu, tj. cel działalności, funkcje, główne zadania).*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* 1. *Zakres prac przewidzianych do wykonania na poszczególnych obszarach:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opis działań | TAK/NIE | Obszar działania – grupa docelowa (jeśli dotyczy) |
| Wsparcie dla zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług opiekuńczych przez tworzenie miejsc świadczenia usług opiekuńczych w społeczności lokalnej w formie stałego lub krótkookresowego pobytu dziennego/całodobowego. UWAGA: miejsca pobytu krótkookresowego pobytu mają służyć głównie poprawie dostępu do usług opiekuńczych w zastępstwie opiekunów faktycznych. |  |  |
| Wsparcie dla zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług opiekuńczych odbywające się poprzez zwiększenie liczby opiekunów świadczących różnego rodzaju usługi w miejscu zamieszkania (tj. usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, specjalistyczne usługi w miejscu zamieszkania, sąsiedzkie usługi opiekuńcze, usługi asystenckie) |  |  |
| Podejmowanie działań aktywizujących seniorów, prowadzących do ich włączenia społecznego i integracji. |  |  |
| Działania wspierające opiekunów faktycznych w opiece nad osobami niesamodzielnymi w zakresie kształcenia, w tym szkolenie i zajęcia praktyczne oraz wymiana doświadczeń dla opiekunów faktycznych, w szczególności zwiększających ich umiejętności w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, oraz działania podnoszące umiejętności i kwalifikacje kandydatów na asystentów rodziny. |  |  |

* 1. *Szczegółowy opis zadań przewidzianych do realizacji w ramach projektu.*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Budżet zadania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zadanie** | **Kwota dofinansowania** | **Wkład Własny** | **Łączne środki podmiotu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Podstawa oszacowania kosztów zadania: ……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Posiadane\*:**

* **potencjał kadrowy (kluczowe osoby, posiadane kompetencje i doświadczenie, zakres obowiązków w realizacji Projektów, wymiar czasu pracy na rzecz Projektu w przeliczeniu na etat) i/lub**
* **zaplecze lokalowe (budynki lub pomieszczenia, które mogą zostać wykorzystane w ramach projektu, opis ich obecnego przeznaczenia) i/lub**
* **zaplecze techniczne (posiadane wyposażenie i urządzenia)**

**oraz sposób jego wykorzystania w ramach Projektu.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

\* Informacje z punktu 5 będą brane pod uwagę przy ocenie pod względem kryteriów preferencyjnych.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminę Raków oraz partnerów dla potrzeb niezbędnych do procesu wyłonienia partnerów w projekcie *projektu pn.: „Zwiększenie dostępności i poprawa jakości usług społecznych prowadzących do włączenia społecznego na terenach gmin: Raków, Łagów i Pierzchnica”,* zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922);

2) wszystkie informacje podane w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;

Raków, dnia ……………………………. ……………………..……………..……………………………

*podpis osoby upoważnionej lub podpisy  
osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta*

Załączniki do oferty:

1. Dokumenty potwierdzające status prawny i umocowanie osób składających ofertę do reprezentowania spółdzielni lub wspólnoty mieszkaniowej.
2. Oświadczenia:
3. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1870 z późn. zm.).
4. Oświadczenie o niezaleganiu z uiszczaniem podatków i/lub innych należności na rzecz podmiotów publiczno-prywatnych oraz znajdowaniu się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na prawidłowe wykonanie zadań wskazanych w ofercie.
5. Oświadczenie o braku obowiązku zwrotu pomocy wynikającego 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 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.),
6. Oświadczenia o nienakładaniu się finansowania przyznanego z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej, Funduszu Spójności lub innych funduszy programów, środków i  instrumentów Unii Europejskiej ani krajowych środków publicznych, a także z państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu.
7. pozostałych dokumentów potwierdzających spełnienie kryteriów preferencyjnych, przedstawionych   
   w załączniku nr 3 do Regulaminu konkursu (jeśli dotyczy).