



Organizacja Partnerska Lokalna (OPL)

**WNIOSEK WERYFIKUJĄCY SPEŁNIANIE KRYTERIÓW UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE OPERACYJNYM POMOC ŻYWNOŚCIOWA
w PODPROGRAMIE 2016**

Korekta

NAZWA ORGANIZACJI LOKALNEJ SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK	
ADRES	
DATA REJESTRACJI	
NUMER KRS	
TELEFON	
ADRES E-MAIL	
STRONA INTERNETOWA, NA KTÓREJ ZOSTANĄ UMIESZCZONE INF. POPŻ	
DANE KOORDYNATORA IMIĘ I NAZWISKO	
TELEFON	
ADRES E-MAIL	

WNOSKUJĄCY OŚWIADCZA, ŻE:

- 1. ORGANIZACJA DZIAŁA NON-PROFIT – TAK/NIE**
(odpowieź zakreślić)
- 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 2016. (opublikowanym : ww.mpips.gov.pl).*
- 3. Posiada zaplecze administracyjne, zapewniające właściwą obsługę realizacji operacji dystrybucji w Podprogramie 2016** *(tj. pomieszczenie do obsługi administracyjnej, komputer, telefon, system ewidencji księgowej, system ewidencji magazynowej lub formę dokumentacji papierowej umożliwiającej prowadzenie sprawozdawczości, ewidencji magazynowej w ujęciu miesięcznym zgodnie z zapisami Wytycznych IZ na Podprogram 2016).*

OPIS ZDOLNOŚCI ADMINISTRACYJNYCH

.....
.....
.....
.....



- 4. Posiada zaplecze magazynowe, zapewniające realizację dystrybucji zgodnie z zapisami Wytocznych na Podprogram 2016** *(posiada pomieszczenia magazynowe, zapewniające przechowywanie żywności w warunkach określonych przez producenta; monitoring w ramach własnych zasobów i możliwości, zapewnianie odpowiedniego wyposażenia umożliwiającego załadunek i rozładunek, pomieszczenie, w którym magazynowana będzie żywność jest suche, czyste, zabezpieczone przed szkodnikami, posiada chłodnie lub lodówki zapewniające przechowywanie otrzymanej ilości artykułów spożywczych w warunkach określonych przez producenta)*

OPIS ZDOLNOŚCI MAGAZYNOWANIA

.....
.....
.....

- 5. Posiada kadrę wykwalifikowaną/doświadczoną w realizacji projektów finansowanych ze środków UE lub w zarządzaniu lub w realizacji działań związanych z dystrybucją żywności** *(np. posiada kadrę doświadczoną w zakresie pracy na stanowisku koordynatora projektu, specjalisty, magazyniera, etc.),*

KRÓTKI OPIS KADRY ZAANGAŻOWANEJ W REALIZACJĘ PODPROGRAMU 2016

.....
.....
.....

- 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. Planowany sposób dystrybucji artykułów spożywczych oraz prowadzenia działań towarzyszących:**

- A. opis dystrybucji artykułów spożywczych do osób najbardziej potrzebujących *(czy organizacja planuje realizować wsparcie w formie paczek/posiłków; w jaki sposób pomoc będzie trafiała do osób najbardziej potrzebujących – np. czy w określone dni będzie realizowana dystrybucja)*

.....
.....
.....

- B. opis zasięgu terytorialnego planowanej pomocy
- nazwa powiatu/gminy, w których OPL będzie realizowała dystrybucję i obowiązkowe działania na rzecz włączenia społecznego)

.....
.....
.....

- nazwa województwa, w których OPL będzie realizowała dystrybucję i obowiązkowe działania na rzecz włączenia społecznego)*



.....
.....

C. planowana liczba osób do objęcia pomocą żywnościową (w tym: w formie paczek, w formie posiłków):

- - ogółem liczba osób.....,
 - - w tym liczba osób uzyskujących pomoc formie paczek:,
 - - w tym liczba osób uzyskujących pomoc formie posiłków:.....,
- oraz
- - planowana liczba paczek do wydania w Podprogramie 2016.....,
 - - planowana liczba posiłków do wydania w Podprogramie 2016.....,

D. zakres współpracy z OPS (pisemny lub elektroniczny sposób kontaktu, przekazywanie informacji o dystrybucji - miejscu i czasie, informowanie o działaniach towarzyszących, w których wezmą udział osoby najbardziej potrzebujące, korzystające ze wsparcia w formie paczki/posiłku):

.....
.....
.....

E. OPS, z którymi planowana jest współpraca (pełna nazwa ośrodka, dane kontaktowe)

.....
.....
.....
.....
.....

8. Zapotrzebowanie na transport BZSOS:

- TAK (jak często, ładowność, adres magazynu, inne przydatne informacje)
.....
.....
.....
- NIE

.....
data wypełnienia wniosku, miejscowość:

.....
podpisy osób upoważnionych do reprezentowania organizacji,
pieczęć organizacji