**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PARTNERA DO PROJEKTU**

**na skalowanie innowacji społecznej pn. „Wygrana Rodzina”**

przewidzianego do współfinansowania w ramach działania

*Priorytet V Programu Fundusze Europejskiego dla Rozwoju Społecznego*

*„Innowacje społeczne (innowacyjne działania społeczne)”*

*Konkurs nr FERS.05.01-IZ.00-002/24*

**I. DANE ZGŁASZAJĄCEGO**

1. Nazwa Podmiotu: …………………………………………………..……………………...

2. Status prawny:……………………………………………………………………………...

3. NIP: ……..…………………………………………………………………………………...

4. REGON: .……………………………………………………………………………………

5. Adres siedziby:

Ulica: ..………………………………………………………………………………………….

Nr domu: …..…………………………….. nr lokalu: ………………………………………..

Kod pocztowy: ……………………………… Miejscowość: ……………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………...

e-mail: ..………………………………………………………………………………………...

6. Osoba do kontaktu:

Imię i nazwisko: .………………………………………………………………………………

Numer telefonu: ..……………………………………………………………………………...

e-mail: …………..……………………………………………………………………………...

**II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE**

1. Zgodność działania potencjalnego Partnera z celami partnerstwa, w tym posiadanie odpowiednich zapisów w dokumentach statutowych:

1) *zgodność działania z celami partnerstwa*

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

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

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

2) *zapisy w dokumentach statutowych*

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

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

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

2. Oferowany wkład potencjalnego Partnera w realizację Projektu:

1. *zaplecze techniczne*

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

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

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

1. *zaplecze lokalowe*

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

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

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

1. *kadra zaangażowana w realizację programu, kwalifikacje, doświadczenie*

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

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

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

3. Doświadczenie w działalności na rzecz dzieci i młodzieży na polu włączenia społecznego lub wspierania rozwoju lub wyrównywania szans, zdobyte na obszarze Miasta Radlin lub jego bliskiego sąsiedztwa rozumianego jako gmina lub powiat sąsiadująca/-y – minimum 3 lata doświadczenia:

*1) Rodzaje programów/ projektów/zadań zakres tematyczny*

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

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

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

*2) Ilość programów/ projektów/zadań*

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

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

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

*3) Ilość osób objętych działaniami w ramach programów/ projektów/zadań*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

4. Propozycja działań Partnera w Projekcie (opis zgodny z Modelem wzmacniania kapitału społecznego rodzin „Wygrana rodzina”).

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

**III. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie został skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, karnoskarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.
3. Oświadczam, że osoby działające w imieniu Podmiotu nie zostały skazane prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z próbą pozyskania środków publicznych lub w związku z gospodarowaniem takimi środkami – przez okres 3 lat od dnia uprawomocnienia się wyroku.
4. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
5. Oświadczam, że wobec Podmiotu, który reprezentuję, nie została ogłoszona decyzja o upadłości.
6. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie jest w trakcie rozwiązywania działalności, nie znajduje się pod zarządem komisarycznym, nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego, postępowania naprawczego, nie zawiesił prowadzenia działalności lub nie znajduje się w innej, podobnej sytuacji wynikającej z przepisów prawa.
7. Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję, spełnia wszystkie wymogi stawiane Partnerowi wybieranemu przez Miasto Radlin w niniejszym ogłoszeniu.
8. Deklaruję udział w realizacji Projektu.
9. Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze mojej instytucji do pełnienia  funkcji partnera.

**Data wypełnienie formularza:**

**……………………………………………………………………………………………….**

**Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu**