



Formularz oferty

**otwartego naboru na partnera do realizacji przez Województwo Kujawsko-Pomorskie –
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, projektu dofinansowanego
Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027, w ramach
Priorytetu 8 Fundusze Europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji
i włączenia społecznego, Działanie 08.25 Usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej
pn. „Rodzina w centrum Etap II”**

INFORMACJA O PODMIOCIE

Lp.	Wyszczególnienie	Informacje
1.	Nazwa podmiotu	
2.	Adres	
3.	NIP, REGON	
4.	Adres strony internetowej	
5.	Nr telefonu	
6.	Adres poczty elektronicznej	
7.	Forma organizacyjna	
8.	Numer KRS (jeśli dotyczy) lub innego rejestru, do którego wpisany jest podmiot	
9.	Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera zgodnie z wpisem do właściwego rejestru lub ewidencji albo upoważnieniem lub pełnomocnictwem. /Jeżeli osoba/y opatrująca/e ofertę podpisem działa/ją na podstawie pełnomocnictwa lub upoważnienia, to	



	upoważnienie do reprezentowania podmiotu należy załączyć do niniejszego formularza/	
10.	Dane osoby do kontaktu roboczego: imię i nazwisko, nr telefonu, adres poczty elektronicznej	



I. OPIS OFERTY W ZAKRESIE KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH

Kryteria merytoryczne

1. **Doświadczenie w zakresie przeprowadzania diagnoz dzieci w kierunku FASD** (do oferty należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie np. wykazy, zestawienia itp.). /prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola/

☐ do 25
diagnoz

☐ od 26 do 50
diagnoz

☐ od 51 do 100
diagnoz

☐ od 101
diagnoz

2. **Doświadczenie w zakresie realizacji terapii dzieci z syndromem FASD** (do oferty należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie np. wykazy, zestawienia itp.). /prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola/

☐ do 25
terapii

☐ od 26 do 50
terapii

☐ od 51 do 100
terapii

☐ od 101
terapii

3. **Doświadczenie w zakresie przeprowadzania grup wsparcia dla rodzin z problemem FASD** /prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola/

☐ do 25
grup wsparcia

☐ od 26 do 50
grup wsparcia

☐ od 51 do 100
grup wsparcia

☐ od 101
grup wsparcia



- 4. Kadra merytoryczna, dysponująca min. 10-letnim doświadczeniem w obszarze pracy z dziećmi z syndromem FASD, która zostanie zaangażowana do realizacji projektu (do oferty należy załączyć dokumenty potwierdzające doświadczenie osób, np. CV). /prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola/**

☐

1 osoba

☐

3 osoby

☐

2 osoby

☐

od 4 osób

- 5. Doświadczenie w realizacji projektów dofinansowanych ze środków Unii Europejskiej /prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola/**

☐

1 projekt

☐

3 projekty

☐

2 projekty

☐

od 4 projektów



Opis doświadczenia kandydata na Partnera w obszarze merytorycznym (realizacja projektów/działań w zakresie pracy z dziećmi z syndromem FASD)

Wstępna koncepcja realizacji działań leżących po stronie Partnera

Dodatkowe informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie kandydata na Partnera



II. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu oferty 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, karno-skarbowe 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.
4. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję, nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, 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 podmiot, który reprezentuję ani osoby sprawujące funkcję w organach tego podmiotu, nie podlegają wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1).
6. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję, ani osoby sprawujące funkcję w organach tego podmiotu, nie podlegają wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 507).
7. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie jakichkolwiek przepisów prawa, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023, poz. 1270, z późn. zm.).
8. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie znajduje się pod zarządkiem komisyjnym, nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego, postępowania restrukturyzacyjnego, nie zawiesił prowadzenia działalności lub nie znajduje się w innej, podobnej sytuacji wynikającej z przepisów prawa.
9. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję wdrożył następujące polityki i procedury w swojej organizacji: polityka bezpieczeństwa informacji, procedura informacji zwrotnych i zgłoszeń, polityka przeciwdziałania nadużyciom wobec beneficjentów.
10. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję, posiada gotowość i potencjał (osobowy, organizacyjny i techniczny) do realizacji zadań projektowych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.
11. Deklaruję gotowość do współpracy z Województwem Kujawsko-Pomorskim – (Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Toruniu) jako liderem podczas realizacji projektu.



12. Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze do pełnienia funkcji partnera.
13. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

Załączniki:

1.
2.
3.
- (...)

.....
Miejscowość, data

1.
Czytelny podpis osoby upoważnionej
lub podpis i imienna pieczęć

2.
Czytelny podpis osoby upoważnionej
lub podpis i imienna pieczęć

.....
Pieczęć podmiotu