

OFERTA

**do naboru partnerów w celu wspólnej realizacji projektu systemowego na podstawie art. 28a ust. 4 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. *o zasadach prowadzenia polityki rozwoju*, ogłoszonego przez PFRON w dniu 28 marca 2014 roku.**

1. *Ofertę proszę wypełnić na komputerze.*
2. *Do oferty proszę dołączyć aktualny odpis z rejestru KRS lub odpowiednio kopię wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu, kopię statutu podmiotu oraz kopię nadania numeru REGON i NIP (jeśli dotyczy),kopię sprawozdania za ostatni rok obrachunkowy oraz stosowne oświadczenia, deklaracje, kserokopie dokumentów, z których wynika liczba osób niepełnosprawnych wprowadzonych na rynek pracy.*

|  |
| --- |
| **Tytuł projektu, którego dotyczy oferta:** |
| **Pełna nazwa i adres podmiotu *(zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego lub innego)*:** |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr kierunkowy |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu | Nr faksu | Adres witryny | e-mail |
| Osoba(y) upoważniona do reprezentacji podmiotu i zaciągania zobowiązań finansowych: |
|  |
| Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie oferty: |
|  |
| Telefon(y): |  | e-mail: |  |

**Informacje o podmiocie.**

|  |  |
| --- | --- |
| Status prawny | Nr rejestru sądowego(KRS) |
|  |  |
| Data wpisu do rejestru sadowego | Organ założycielski |
|  |  |
| Regon | NIP |
|  |  |

**Informacje o prowadzonej przez podmiot działalności na rzecz osób niepełnosprawnych ruchowo**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy podmiot prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych (dot. osób, których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27-08-1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) |  Tak □ Nie □ |
| W tym osób niepełnosprawnych ruchowo. |  Tak □ Nie □ |
| Cel Działania |  |
| Teren działania |  |
| Od kiedy podmiot prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych |  |
| Źródła finansowania działalności  |  |
| Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością | Dzieci i młodzież |  |
| Dorośli/ |  |
| Inni w tym nie posiadający orzeczenia |  |
| Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej |  |

**CZĘŚĆ FORMALNA**

1. Doświadczenie w działalności na rzecz osób niepełnosprawnych ruchowo.

TAK □ NIE □

Proszę krótko opisać, na czym polega doświadczenie w powyższym zakresie*.*

|  |
| --- |
|  |

1. Doświadczenie na rzecz wprowadzania osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy we współpracy z trenerem pracy lub doradcą zawodowym (poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia sprawozdania merytorycznego lub kserokopia sprawozdania z realizacji zadania, z których będzie wynikać liczba osób niepełnosprawnych wprowadzonych na otwarty rynek pracy).

TAK □ NIE □

Proszę krótko opisać, na czym polega doświadczenie w powyższym zakresie.

|  |
| --- |
|  |

1. Doświadczenie w realizacji lub współrealizacji co najmniej 3 projektów (realizowanych niezależnie od źródła finansowania) o wartości co najmniej 1 000.000,00 PLN każdy, realizowanych w obszarze, którego dotyczyć będzie projekt.

 TAK □ NIE □

Proszę wymienić nazwę projektów, źródło finansowania, okres ich realizacji (minimalnie 3).

|  |
| --- |
|  |

1. Sprawozdanie z działalności podmiotu za ostatni rok obrachunkowy (jeżeli TAK, należy dołączyć kopię sprawozdania).

TAK □ NIE □

1. Wymagalne zobowiązania wobec PFRON (jeżeli NIE, należy dołączyć oświadczenie).

TAK □ NIE □

1. Deklaracja gotowości uczestnictwa w przygotowaniu i realizacji projektu partnerskiego (jeżeli TAK, należy dołączyć deklarację).

TAK □ NIE □

1. Aktualny odpis z rejestru KRS lub odpowiednio kopia wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu;

 TAK □ NIE □

1. Kopia statutu podmiotu oraz kopia nadania numeru REGON i NIP (jeśli dotyczy).

TAK □ NIE □

## CZĘŚĆ MERYTORYCZNA

1. Proszę opisać proponowany wkład w realizację projektu w postaci zasobów ludzkich (eksperci współpracujący z podmiotem lub inne osoby, które mogą wziąć udział w realizacji projektu).

|  |
| --- |
|  |

1. Proszę opisać proponowany wkład w realizację projektu w postaci zasobów organizacyjnych (należy podać np. informację na temat struktury organizacyjnej podmiotu: oddziały, pomieszczenia, budynki, placówki, które partner chce zaangażować w realizację projektu).

|  |
| --- |
|  |

1. Proszę opisać proponowany wkład w realizację projektu w postaci zasobów technicznych (należy podać ilość sprzętu komputerowego, specjalistycznego, zaplecze techniczne niezbędne do realizacji projektu, itp.).

|  |
| --- |
|  |

1. Proszę opisać doświadczenie w realizacji lub współrealizacji projektów
o podobnym lub tożsamym charakterze w stosunku do przedmiotowego projektu (dotyczy projektów zakończonych oraz realizowanych obecnie; należy podać tytuły projektów, okres realizacji, źródła finansowania i uzyskane efekty).

|  |
| --- |
|  |

1. Proszę opisać działania merytoryczne (zadania), które podmiot chciałby realizować w ramach projektu ( w odniesieniu do planowanych rezultatów).

|  |
| --- |
|  |

1. Proszę określić możliwe do osiągnięcia wskaźniki, dotyczące przedmiotowego projektu określone w Planie Działania (łącznie, bez podziału na lata) i ich zakres.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wskaźnik\**** | ***Wartość docelowa*** | ***Wartość deklarowana*** |
| Liczba osób niepełnosprawnych ruchowo, które zostaną objęte wsparciem (zindywidualizowana, kompleksowa usługa).  | 1600 |  |
| Liczba opracowanych indywidualnych planów działania i poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych ruchowo. | 1600 |  |
| Liczba uczestników, która ukończy warsztaty aktywizacji zawodowej. | 510 |  |
| Liczba osób, która odbędzie staż rehabilitacyjny  | 250 |  |
| Liczba osób, która ukończy szkolenia zawodowe m.in. podnoszących kwalifikacje oraz umiejętności.  | 510 |  |
| Liczba osób, która ukończy warsztaty dla rodzin i opiekunów osób niepełnosprawnych ruchowo (poradnictwo indywidualne, warsztaty grupowe, grupy wsparcia). | 560 |  |
| Liczba osób, która podejmie pracę. | 320 |  |
| Liczba osób, która będzie kontynuować bądź rozpocznie naukę. | 125 |  |
| Liczba osób, która ukończy indywidualne zajęcia praktyczne u pracodawcy. | 125 |  |

\*Podane wskaźniki mogą ulec niewielkim modyfikacjom

1. Posiadanie wpisu do agencji zatrudnienia (jeżeli TAK, należy podać numer wpisu).

TAK □ NIE □

Numer:…………………………………………..

1. Zakres terytorialny działania podmiotu zgodnie ze statutem.

|  |
| --- |
|  □ regionalne □ ponadregionalne □ ogólnopolskiNa potrzeby partnerstwa, za organizacje o charakterze ponadregionalnym uznaje się organizację posiadającą statutowy zapis o prowadzeniu działalności na terenie całego kraju, działającą na terenie co najmniej 2 (dwóch) województw. |

1. Proszę opisać zasięg działania Podmiotu: w jakich województwach, regionach podmiot ma największe możliwości działania.

|  |
| --- |
|  |

1. *Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.*
2. *Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji zawartych w ofercie.*

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

Miejscowość Data

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

 Imię, nazwisko (czytelnie), pieczątka Imię, nazwisko (czytelnie), pieczątka

*Podpis/-y osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu*

###### WAŻNE:

**Ofertę** według załączonego wzoru - podpisaną przez osobę upoważnioną - **należy przesłać** **w wersji papierowej** na adres: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 00-828 Warszawa, al. Jana Pawła II 13 **w zamkniętej, podwójnej kopercie** **z dopiskiem** w prawym górnym rogu koperty: „*WRP - „Wsparcie osób niepełnosprawnych ruchowo na rynku pracy IV” -* ***nie otwierać przed 22 kwietnia 2014 r***.” oraz w wersji elektronicznej na płycie (CD, DVD) w terminie do 22 kwietnia 2014 roku **(decyduje data wpływu do PFRON)**.

PFRON zastrzega sobie prawo do zmian w treści ogłoszenia o otwartym naborze partnerów.

Wszelkie dodatkowe informacje związane z naborem partnerów można uzyskać pod numerem telefonu 22 50-55-539 oraz e-mail: jskrzynska@pfron.org.pl