Załącznik nr 6

do Procedur

(Wzór)

**Karta prekwalifikacji adresata/tów programu i projektu
do udziału w programie**

1. **Część I – informacja o konkursie RPO - EFS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr konkursu** **RPO - EFS** | **Oś priorytetowa** | **Nazwa / nr działania** | **Tytuł projektu** |
|  |  |  |  |

1. **Część II – kwalifikacja do udzielenia pomocy finansowej z PFRON** *(w przypadku projektu partnerskiego należy powielić tabele w odniesieniu do każdego Partnera)***\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa organizacji**  |  | **Spełnienie warunku nr 1****Tak/nie** | **Spełnienie warunku nr 2****Tak/nie** | **Spełnienie warunku nr 3****Tak/nie** | **Spełnienie warunku nr 4****Tak/nie** |
|  |  |  |  |  |  |

\*Spełnienie wszystkich warunków kwalifikuje organizację do uczestnictwa w programie.

**1) Warunek nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa warunku** | **Opinia na podstawie danych zawartych we wniosku o prekwalifikację** |
| 1. | Rodzaj organizacji - spełnienie warunku w odniesieniu do kwalifikowalności organizacji pozarządowej |  |

**2) Warunek nr 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa warunku** | **Opinia na podstawie danych zawartych we wniosku o prekwalifikację** |
| 1. | Posiadanie statutowego zapisu o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych. |  |
| 2. | Prowadzenie udokumentowanej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat (licząc wstecz od daty ogłoszenia konkursu). W przypadku partnera w projekcie warunek obejmuje jeden rok. |  |
| 3. | Zrealizowanie i rozliczenie w ciągu ostatnich 2 lat (licząc wstecz od daty ogłoszenia konkursu), co najmniej jednego projektu, na rzecz osób niepełnosprawnych. W przypadku partnera w projekcie warunek obejmuje jeden rok. |  |

**3) Warunek nr 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa warunku** | **Opinia na podstawie danych zawartych we wniosku o prekwalifikację** |
| 1. | Organizacja złożyła wniosek, który dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnościami i/lub ich otoczenia |  |
| 2. | Złożenie przez organizację oświadczenia, że nie została wszczęta procedura zawiadomienia odpowiednich organów o możliwości popełnienia przez nią przestępstwa. |  |
| 3. | Złożenie przez organizację oświadczenia, że wobec członków organów uprawnionych do reprezentowania organizacji nie toczą się postępowania o przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwa skarbowe lub osoby te nie zostały skazane za popełnienie ww. przestępstw. |  |
| 4. | Złożenie oświadczenia, że organizacja w przeszłości nie była stroną umowy zawartej z PFRON, samorządem wojewódzkim, powiatowym lub gminnymi rozwiązanej z przyczyn leżących po jej stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 2 lat, licząc od dnia w którym wygasło zobowiązanie. |  |
| 5. | Złożenie oświadczenia, że organizacja w okresie ostatnich 2 lat (licząc wstecz od daty ogłoszenia konkursu RPO-EFS) rzetelnie wykonywała zobowiązania wynikające z umów zawartych z PFRON, samorządem wojewódzkim, powiatowym lub gminnym w zakresie realizacji projektów finansowanych ze środków PFRON lub EFS (w rzetelnie i terminowo rozliczała środki). |  |
| 6. | Złożenie oświadczenia, że organizacja nie została wpisana do rejestru podmiotów wykluczonych w ramach funduszy strukturalnych UE. |  |

**4) Warunek nr 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa warunku** | **Opinia na podstawie danych zawartych we wniosku o prekwalifikację** |
| 1. | Złożenie oświadczenia o nieposiadaniu przez organizację wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w tym zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON. |  |
| 2. | Złożenie oświadczenia przez organizację o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i/lub Urzędu Skarbowego. |  |
| 3. | Złożenie oświadczenia przez organizację o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań wobec innych organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, w tym wobec jednostek samorządu terytorialnego. |  |

1. **Część III – informacja dotycząca liczby beneficjentów wsparcia (wypełnia Oddział PFRON)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa organizacji |  |
| Tytuł projektu |  |
| Beneficjenci wsparcia | Osoby z niepełnosprawnościami(krótki opis form wsparcia) | Otoczenie osób z niepełnosprawnościami (krótki opis form wsparcia, wskazanie liczby osób objętych wsparciem) |
| W podziale na płeć\* |  |
| Kobiety | Mężczyźni |  |
|  |  |  |
| W podziale na stopień niepełnosprawności\* |  |
| znaczny stopień | umiarkowany stopień | Lekki stopień | Orzeczenie o niepełnosprawności |  |
|  |  |  |  |  |
| W podziale na rodzaj niepełnosprawności\* (np. osoby z niepełnosprawnością fizyczną, umysłową, słuchową, wzrokową, psychiczną, sprzężone, inne …) |  |
|  |  |  |
|  | W podziale na grupy wiekowe\* |  |
| Dzieci | Dorośli |  |
|  |  |  |

\* Jeżeli warunki konkursowe RPO – EFS przewidują zamieszczanie tego rodzaju danych we wniosku.

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

*( data) (podpis i pieczątka imienna osoby przygotowującej prekwalifikację
oraz kierownika sekcji i/lub działu)*

………………………………………………….

*(podpisy i pieczątki imienne osób statutowo
uprawnionych do reprezentowania Oddziału PFRON)*