***Data przyjęcia formularza ………………………… 202….***

***Godzina przyjęcia formularza ……………………….………….***

Prosimy o zachowanie poniższych zasad:

1. *Dokument należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie, drukowanymi literami).*
2. *Wnioskodawca wypełnia pola jasne.*
3. *Oświadczenia zawarte na końcu formularza wypełnia i składa odrębnie każda osoba oddelegowana.*

|  |
| --- |
| **KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU „PAKIETY ROZWOJOWE DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH”****NR …………../I/2025** |
| **Tytuł Projektu** | **Wzmocnienie potencjału organizacji pozarządowych w województwie łódzkim** |
| **Nazwa Operatora** | **Lider:** Centrum Promocji i Rozwoju Inicjatyw Obywatelskich OPUS**Partner 1:** Fundacja Instytut Spraw Obywatelskich**Partner 2:** Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne „Ja-Ty-My” |
| **Nr Projektu** | **.07.05-IP.01-0038/24-00** |
| **Nazwa Programu Operacyjnego** | **Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027** |
| **Numer i nazwa Osi Priorytetowej** | **FELD.07 „Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem”** |
| **Numer i nazwa Poddziałania** | **FELD.07.05****Integracja i Społeczeństwo obywatelskie** |
| **CZĘŚĆ FORMALNA – DANE WNIOSKODAWCY** |
| Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o przyznanie wsparcia w ramach konkursu |  |
| 1. | Forma prawna podmiotu | * Fundacja
* Stowarzyszenie
* Spółdzielnia socjalna
* Spółka not for profit
* Inna (jaka?) ……………………………………….
 |
| 2. | Numer KRS lub inny(podać numer ewidencji) |  |
| 3.  | Numer NIP |  |
| 4.  | Adres siedziby podmiotu(ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość) |  |
| Subregion  | * **I** (powiaty: zduńskowolski, łaski, pabianicki, łódzki wschodni, tomaszowski, rawski, opoczyński)
* **II** (powiaty: poddębicki, zgierski, brzeziński, skierniewicki, m. Skierniewice, łowicki, łęczycki, kutnowski)
* **III** (powiaty: bełchatowski, piotrkowski, m. Piotrków, radomszczański, pajęczański, wieluński, wieruszowski, sieradzki)
* **IV** (m. Łódź)
 |
| Tel. Kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| 5.  | Dokładna data rejestracji podmiotu (wymagane jest minimum 2 lata) |  |
| 6. | Dane osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu(imię, nazwisko, funkcja zgodnie z KRS) |  |
| Tel. Kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| 7.  | Czy podmiot działa w obszarach EFS+ | TAK | NIE |
| W Przypadku zaznaczenia „TAK” w pkt. 7 zaznacz właściwe działanie | * Wspieranie zatrudnienia, mobilności pracowników, edukacji i włączenia społecznego, w tym poprzez pomoc w eliminowaniu ubóstwa i przyczyniania się w ten sposób do realizacji celów europejskiego filaru praw socjalnych
* Wspierania transformacji cyfrowej i ekologicznej, tworzenie miejsc pracy dzięki umiejętnościom na rzecz inteligentnej specjalizacji oraz doskonalenia systemów kształcenia i szkolenia
* Wspieranie środków tymczasowych w wyjątkowych lub nadzwyczajnych okolicznościach (np. finansowanie programów zmniejszenia wymiaru czasu bez konieczności łączenia z ich aktywnymi instrumentami lub zapewnienie opieki zdrowotnej, w tym osobom, które nie są bezpośrednio zagrożone pod względem społeczno-ekonomicznym
 |
| 8.  | Czy organizacja jest strukturalnie niezależna od władz publicznych (zwłaszcza w wymiarze organów założycielskich, kontroli udziałów i nadzoru właścicielskiego)? | * TAK
* NIE
 |
| 9.  | Czy osoby zatrudnione oraz przedstawiciele (w tym wolontariusze są osobami z obszaru województwa łódzkiego, tj. pracują / uczą się lub zamieszkują na obszarze woj. Łódzkiego) w rozumieniu przepisów KC. | * TAK
* NIE
 |

Wymagane załączniki:

1. Deklaracje udziału w Projekcie osób oddelegowanych (każda osoba indywidualnie);
2. Dokument potwierdzający wpis do właściwego rejestru;
3. Kopię dokumentu o nadaniu nr REGON, o ile nie jest ujawniony w dokumencie potwierdzającym wpis do właściwego rejestru;
4. Kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP, o ile nie jest ujawniony w dokumencie potwierdzającym wpis do właściwego rejestru.

Oświadczam/y, że dane w formularzu są prawdziwe.

Miejscowość: ……………………………………………………..

Data: …………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu** | **Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

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

Data, miejscowość

**Deklaracja osoby oddelegowanej przez osobę prawną**

Ja, niżej podpisany .............................................................................. (imię i nazwisko), jako osoba oddelegowana przez .......................................................................... (nazwa podmiotu) deklaruję udział w Projekcie „**Wzmocnienie potencjału organizacji pozarządowych w województwie łódzkim**”, a w przypadku pozytywnej oceny formalnej złożonej **Karty Zgłoszenia Uczestnika Projektu** zobowiązuję się do korzystania z konsultacji specjalistycznych na etapie opracowywania wniosków IPR.

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

czytelny podpis