**POWER NGO. Ogólnopolski program wsparcia rozwoju organizacji pozarządowych**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Działanie FERS.04.12 Wsparcie NGO w zakresie usług publicznych i współpracy

**Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie**

# **Formularz zgłoszeniowy**

## **Informacje ogólne**

Przed rozpoczęciem wypełniania formularza należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i dokumentacją projektową znajdującą się na stronie Projektu oraz w Biurze Projektu: ul. Polska 15, 60-595 Poznań.

Formularz zgłoszeniowy powinien być wypełniony elektronicznie w języku polskim, wydrukowany i podpisany przez Kandydata / Kandydatkę.

**Należy wypełnić wszystkie wymagane pola w formularzu.**

## **A. Dane organizacji pozarządowej zgłaszającej udział w projekcie (1)**

|  |
| --- |
| **A.1. Dane podstawowe** |
| 1. **Pełna nazwa organizacji:**
 |  |
| 1. **NIP:**
 |  |
| 1. **REGON:**
 |  |
| 1. **Dokument rejestrowy:**
 |  |
| 1. **Data wpisu do rejestru:**
 |  |
| 1. **Forma prawna:**
 |  |
| 1. **Forma własności:**
 |  |
| 1. **Typ organizacji:**
 |  |

|  |
| --- |
| **A.2. Dane teleadresowe** |
| 1. **Kraj:**
 |  |
| 1. **Województwo:**
 |  |
| 1. **Powiat:**
 |  |
| 1. **Gmina:**
 |  |
| 1. **Miejscowość:**
 |  |
| 1. **Kod pocztowy:**
 |  |
| 1. **Ulica:**
 |  |
| 1. **Numer budynku:**
 |  |
| 1. **Numer lokalu:**
 |  |
| 1. **Telefon kontaktowy:**
 |  |
| 1. **Adres e-mail:**
 |  |
| 1. **Strona www:**
 |  |
| **A.3. Obszar działalności organizacji (zgodny z dokumentem rejestrowym, statutem organizacji lub innym oficjalnym dokumentem)** |
| 1. **Włączenie i integracja społeczna:**
 |  |
| 1. **Rynek pracy, aktywizacja zawodowa:**
 |  |
| 1. **Inny obszar:**
 |  |
| **A.4. Osoba do kontaktów z organizacją** |
| 1. **Nazwisko:**
 |  |
| 1. **Imię:**
 |  |
| 1. **Stanowisko:**
 |  |
| 1. **Numer telefonu:**
 |  |
| 1. **Adres e-mail:**
 |  |

## **B. Dane przedstawiciela/przedstawicielki organizacji delegowanego/delegowanej do udziału w projekcie (2)**

|  |
| --- |
| **B.1. Podstawowe dane osoby delegowanej do projektu** |
| 1. **Nazwisko:**
 |  |
| 1. **Imię:**
 |  |
| 1. **Obywatelstwo:**
 |  |
| 1. **Numer PESEL:**
 |  |
| 1. **Data urodzenia:**
 |  |
| 1. **Wiek (w pełnych latach):**
 |  |
| 1. **Płeć:**
 | * kobieta
* mężczyzna
* inna
 |
| 1. **Wykształcenie:**
 | * brak formalnego wykształcenia
* podstawowe
* gimnazjalne
* średnie I stopnia lub niższe
* ponadgminazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
* wyższe (ISCED 5-8)
 |
| 1. **Status na rynku pracy:**
 | * osoba pracująca
* osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna
* osoba bierna zawodowo
* inny status – proszę określić: …
 |
| 1. **Forma zaangażowania w działalność organizacji delegującej do udziału w Projekcie:**
 | * osoba zarejestrowana jako członek/członkini organizacji, zrzeszona w organizacji
* osoba zatrudniona w organizacji na podstawie umowy o pracę, zgodnie z Kodeksem pracy
* osoba zaangażowana w działalność organizacji jako wolontariusz/wolontariuszka
* inna forma – proszę określić: …
 |
| 1. **Stanowisko w organizacji:**
 |  |
| 1. **Status w chwili zgłoszenia do projektu (wypełnić, jeśli dotyczy):**
 | * osoba z krajów trzecich (obywatelstwo kraju spoza Unii Europejskiej)
* osoba obcego pochodzenia (bez obywatelstwa polskiego)
* osoba należąca do mniejszości narodowych i etnicznych, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie
* osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 |
| 1. **Status osoby o szczególnych potrzebach (wypełnić jeśli dotyczy)**
 | * osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności
* osoba z niepełnosprawnością biologiczną (bez niepełnosprawności prawnej, orzeczenia)
* osoba o szczególnych potrzebach – proszę określić jakie są te potrzeby?: …
 |
| **B.2. Dane teleadresowe osoby delegowanej do projektu (adres zamieszkania)** |
| 1. **Kraj:**
 |  |
| 1. **Województwo:**
 |  |
| 1. **Powiat:**
 |  |
| 1. **Gmina:**
 |  |
| 1. **Miejscowość:**
 |  |
| 1. **Kod pocztowy:**
 |  |
| 1. **Ulica:**
 |  |
| 1. **Numer budynku:**
 |  |
| 1. **Numer lokalu:**
 |  |
| 1. **Telefon kontaktowy:**
 |  |
| 1. **Adres e-mail:**
 |  |

## **C. Dodatkowe informacje – kryteria premiujące dla organizacji**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Czy organizacja zgłaszająca udział w Projekcie osiągnęła przychody mniejsze lub równe 100 tys. PLN w ostatnim zamkniętym roku działalności? (3 pkt)**
 | * tak
* nie dotyczy
 |
| 1. **Czy organizacja zgłaszająca udział w Projekcie prowadzi działalność na terenie gminy wiejskiej lub wiejsko-miejskiej? (2 pkt)**
 | * tak
* nie dotyczy
 |
| 1. **Czy organizacja zgłaszająca udział w Projekcie posiada wyłącznie nieodpłatny personel (bazuje na pracy społecznej swoich członków/członkini wolontariuszy/wolontariuszek)? (2 pkt)**
 | * tak
* nie dotyczy
 |
| 1. **Czy organizacja zgłaszająca udział w Projekcie jest czynnie zaangażowana w pomoc migrantom przebywającym na terenie Polski? (1 pkt)**
 | * tak
* nie dotyczy
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis osoby delegowanej przez organizację do udziału w Projekcie wskazanej w formularzu (kandydata/kandydatki)** |  |

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

**Miejsce i data** **podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej**

\* niepotrzebne skreślić