**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