

Formularz zgłoszeniowy organizacji do projektu:

„Włączenie społeczne i dostępność dla pacjentów”

dofinansowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027

Reprezentując zgodnie z aktualnym KRS organizację:

..... (nazwa organizacji)

.....(adres),

oświadczam/y, że ww. Organizacja:

1. jest organizacją pozarządową w rozumieniu art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, z wykluczeniem podmiotów, o których mowa w art. 3 ust 4;
2. działa w obszarze włączenia społecznego i/lub zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj. pacjentom, w tym osobom z chorobami przewlekłymi i osobom z niepełnosprawnościami;
3. wymaga wsparcia w zakresie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami lub włączenia społecznego zgodnie z zakresem wsparcia określonym w Regulaminie wsparcia (dostępny na: <https://federacjapp.pl/fers-dostepnosc>) i nie korzysta z analogicznego wsparcia finansowanego ze środków EFS+ w ramach innego projektu;
4. **organizacja nie prowadzi działalności gospodarczej/odpłatnej działalności statutowej;**
5. zobowiązuje się do zapewnienia udziału Organizacji w całej ścieżce wsparcia opisanej w Regulaminie w celu wzmocnienia potencjału instytucjonalnego i eksperckiego Organizacji do prowadzenia działań na rzecz usuwania barier, stosowania zasad dostępności oraz włączenia społecznego;
6. wskazuje/oddelegowuje do udziału we wsparciu w Projekcie przedstawicieli/przedstawicielki organizacji rozumianych jako: członkowie organizacji/osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej/wolontariusze na rzecz ww. organizacji/reprezentanci zgodnie z KRS, którzy zostali wymienieni w załączniku nr 2 do niniejszego Formularza zgłoszeniowego;
7. deklaruje wdrożenie w Organizacji działań/produktów na rzecz dostępności opracowanych w ramach wsparcia w Projekcie;
8. zobowiązuje się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych wymienionych w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym (w tym w szczególności osobowych, kontaktowych, dotyczących spełnienia kryteriów udziału projekcie);
9. deklaruje udział w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych w ramach Projektu;
10. zapoznałem/am się z Regulaminem wsparcia w Projekcie, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do stosowania Regulaminu;
11. zapoznałem/am się z Klauzulami informacyjnymi stanowiącymi załącznik do Regulaminu i przekazuję dane organizacji w załączniku nr 1;
12. uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data i podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentacji organizacji



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1: Dane organizacji zgłaszającej swoich przedstawicieli/ki do udziału w Projekcie.

Dane organizacji pacjenckiej zgłaszającej swoich przedstawicieli/ki.		
1.	Nazwa organizacji	
2.	NIP	
3.	Typ instytucji	☐ organizacja pozarządowa w rozumieniu art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24.04.2003 r. o działal. pożytku publiczn. i o wolontariacie, z wykluczeniem podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 4) ☐ inne
4.	Kraj	
5.	Województwo	
6.	Powiat	
7.	Gmina	
8.	Miejscowość	
9.	Kod pocztowy	
10.	Telefon kontaktowy organizacji	
11.	Adres e-mail kontaktowy organizacji	
Data		Pieczęć organizacji Podpis zgodnie z KRS/załączonym pełnomocnictwem



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2: Lista przedstawicieli/ek organizacji zgłoszonych do udziału w Projekcie.

.....
(nazwa organizacji)

zgłasza do udziału we wsparciu w Projekcie następujących przedstawicieli/ki Organizacji, którzy w Organizacji pełnią funkcję związaną z realizacją wsparcia dla pacjentów w zakresie włączenia społecznego i/lub zapewnienia dostępności:

1. który/a jest członkiem Organizacji/osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej w ww. Organizacji/ wolontariuszem na rzecz ww. Organizacji/reprezentantem/tką zgodnie z KRS) *.
2. który/a jest członkiem Organizacji/osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej w ww. Organizacji/ wolontariuszem na rzecz ww. Organizacji/reprezentantem/tką zgodnie z KRS) *.
3. który/a jest członkiem Organizacji/osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej w ww. Organizacji/ wolontariuszem na rzecz ww. Organizacji/reprezentantem/tką zgodnie z KRS) *.
4. który/a jest członkiem Organizacji/osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej w ww. Organizacji/ wolontariuszem na rzecz ww. Organizacji/reprezentantem/tką zgodnie z KRS) *.
5. który/a jest członkiem Organizacji/osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę lub cywilnoprawnej w ww. Organizacji/ wolontariuszem na rzecz ww. Organizacji/reprezentantem/tką zgodnie z KRS) *.
6. (jw.)
7. (jw.)

**właściwe zaznaczyć w kółko*

.....
data i podpis osoby/osób uprawnionych
do reprezentacji organizacji



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską

