**DEKLARACJA ORGANIZACJI PARTNERSKIEJ LOKALNEJ DO UCZESTNICTWA**

**W PROGRAMIE OPERACYJNYM POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020**

**PODPROGRAM 2021 Plus**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA ORGANIZACJI LOKALNEJ SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK**  |  |
| **ADRES**  |  |
| **DATA REJESTRACJI W KRS[[1]](#footnote-1)** |  |
| **NUMER KRS**  |  |
| **TELEFON**  |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **STRONA INTERNETOWA, NA KTÓREJ ZOSTANĄ UMIESZCZONE INF. O POPŻ** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA DO KONTAKTÓW W SPRAWIE REALIZACJI PROGRAMU****IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **TELEFON**  |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |

ORGANIZACJA PARTNERSKA LOKALNA OŚWIADCZA, IŻ:

1. jest organizacją działającą non-profit na rzecz osób najbardziej potrzebujących
2. Zapoznała się i przyjmuje do realizacji wymogi PO PŻ zawarte w dokumencie  Wytyczne Instytucji Zarządzającej (MRPiPS) dla Instytucji Pośredniczącej i beneficjentów dotyczące działań realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym w Podprogramie 2021 Plus. (opublikowane na stronie: [www.mpips.gov.pl](http://www.mpips.gov.pl)).
3. Posiada zaplecze administracyjne zapewniające właściwą obsługę realizacji operacji dystrybucji w Podprogramie 2021 Plus;
4. Posiada zaplecze magazynowe, zapewniające realizację dystrybucji zgodnie z zapisami Wytycznych na Podprogram 2021 Plus;
5. Posiada kadrę/Zespół do realizacji Programu
6. Posiada zdolności administracyjne do realizacji działań na rzecz włączenia społecznego i plan realizacji
7. Prowadzi działania mające na celu włączenie osób doświadczających deprywacji materialnej w funkcjonowanie społeczności lokalnej oraz pomoc towarzyszącą niezbędną do zaspokojenia potrzeb życiowych osób korzystających z pomocy żywnościowej
8. Planuje współpracować z następującymi Ośrodkami Pomocy Społecznej:

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

1. W ramach programu planuje wesprzeć następującą liczbę osób potrzebujących:

……………………… osób.

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania OPL |  |
| Miejscowość i data |  |

1. Nie dotyczy OPS. [↑](#footnote-ref-1)