



Organizacja Partnerska Lokalna (OPL)



**WNIOSEK WERYFIKUJĄCY SPEŁNIANIE KRYTERIÓW UCZESTNICTWA  
PRZEZ ORGANIZACJE PARTNERSKIE LOKALNE  
W PROGRAMIE OPERACYJNYM POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020  
PODPROGRAM 2017**

NAZWA ORGANIZACJI LOKALNEJ SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK	
ADRES	
DATA REJESTRACJI W KRS <sup>1</sup>	
NUMER KRS (JEŻELI DOTYCZY)	
TELEFON	
ADRES E-MAIL	
STRONA INTERNETOWA, NA KTÓREJ ZOSTANĄ UMIESZCZONE INFORMACJE DOTYCZĄCE POPŻ	

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

**WNIOSKUJĄCY OŚWIADCZA, ŻE:**

**JEST ORGANIZACJĄ DZIAŁAJĄCĄ NON-PROFIT<sup>2</sup>**

**TAK**

**NIE**

**1. Zapoznał 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 2017. (opublikowanym: [www.mpips.gov.pl](http://www.mpips.gov.pl)).*

**2. Posiada zaplecze administracyjne, zapewniające właściwą obsługę realizacji operacji dystrybucji w Podprogramie 2017** (tj. pomieszczenie do obsługi administracyjnej, komputer, telefon, możliwość prowadzenia ewidencji księgowej formie papierowej lub elektronicznej, możliwość prowadzenia ewidencji magazynowej w formie elektronicznej lub papierowej)

<sup>1</sup>Nie dotyczy OPL, która jest OPS.

<sup>2</sup>Nie dotyczy OPL, która jest OPS.



OPIS ZDOLNOŚCI ADMINISTRACYJNYCH	
-------------------------------------	--

**3. Posiada zaplecze magazynowe, zapewniające realizację dystrybucji zgodnie z zapisami Wytycznych na Podprogram 2017** *(pomieszczenia magazynowe, zapewniające przechowywanie żywności w warunkach określonych przez producenta, monitoring za pośrednictwem specjalistycznych firm, w ramach własnych zasobów i możliwości, zapewnienie odpowiedniego wyposażenia umożliwiającego załadunek i rozładunek)*

OPIS ZDOLNOŚCI MAGAZYNOWANIA	
---------------------------------	--

**4. Posiada kadrę/Zespół do realizacji Programu;**

MOŻNA PODAĆ KRÓTKI OPIS KADRY ZAANGAŻOWANEJ W REALIZACJĘ PROGRAMU	
-------------------------------------------------------------------------------	--

**5. Posiada zdolności administracyjne do realizacji działań na rzecz włączenia społecznego i plan realizacji** *(np. posiada doświadczenie w prowadzeniu działań o charakterze włączenia społecznego, prowadzi stałą współpracę z organizacjami lub podmiotami prowadzącymi takie działania; zakres planowanych działań towarzyszących, niefinansowanych, obowiązkowych w ramach PO PŻ (działania, na rzecz włączenia społecznego, wynikające z zapisów statutowych OPL – np. włączanie w funkcjonowanie społeczności lokalnych, pomoc niezbędna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych osób korzystających z pomocy żywnościowej)*

OPIS ZDOLNOŚCI DO REALIZACJI DZIAŁAŃ NA RZECZ WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO i KRÓTKI OPIS PLANOWANYCH OBOWIĄZKOWYCH DZIAŁAŃ	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



**6. Planowany sposób dystrybucji artykułów spożywczych**

OPIS DYSTRYBUCJI ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH DO OSÓB NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄCYCH [ W FORMIE PACZEK, POSIŁKÓW], w tym oznaczenie powiatu i gminy na terenie których planowana jest dystrybucja

--

I.p.	Województwo	Planowana liczba osób, którzy zostaną objęci pomocą (w uzgodnieniu z OPS)	Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie paczek	Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie posiłków	Planowana liczba paczek	Planowana liczba posiłków
Razem						

**7. ZAKRES WSPÓŁPRACY Z OPS<sup>2</sup>** (pisemny lub elektroniczny sposób kontaktu, przekazywanie informacji o realizacji PO PŻ, o dystrybucji - miejscu i czasie, informowanie o działaniach towarzyszących, w których wezmą udział osoby najbardziej potrzebujące, korzystające ze wsparcia):

OPS (nazwa, adres), z którym OPL będzie współpracował	

**8. Weryfikacja organizacji działających w zakresie dystrybucji żywności, na terenie działania OPL.**

Opis dokonanej weryfikacji (np. telefonicznie, kontakt bezpośredni) innych organizacji w tym: PCK, Caritas, PKPS, inny Bank Żywności, inna organizacja pozarządowa lub OPS w zakresie dystrybucji żywności w ramach POPŻ. W przypadku stwierdzenia działania organizacji w zakresie dystrybucji żywności należy zamieścić opis, w jaki sposób OPL zamierza zapobiegać wydawaniu żywności z POPŻ tym samym osobom z kilku źródeł.

<sup>2</sup> Nie dotyczy OPL, która jest OPS.



OŚWIADCZAMY, ŻE ORGANIZACJA NASZA :

- nie otrzymuje dofinansowania na wyżywienie,
- nie pobiera opłat za wyżywienie,
- zobowiązuje się do bieżącej weryfikacji osób/podopiecznych pod kątem unikania podwójnego korzystania z pomocy żywnościowej w ramach PO PŻ oraz bieżącej weryfikacji dokumentów kwalifikujących osoby do pobierania pomocy;
- w przypadku podpisania umowy na dystrybucję żywności przekaże ją nieodpłatnie osobom zakwalifikowanym do pomocy, tj. nie będzie pobierała opłat za wydaną żywność, jak również nie będzie uzależniała wydania żywności od jakichkolwiek świadczeń na swoją rzecz,
- zobowiązuje się do prowadzenia rzetelnej dokumentacji związanej z:
  1. kwalifikacją osób potrzebujących na terenie swojego działania (zarówno w zakresie dystrybucji żywności, jak i działań towarzyszących),
  2. dystrybucją żywności,
  3. **wszystkimi obowiązkowymi działaniami towarzyszącymi określonymi w niniejszym wniosku.**

**Do niniejszej dokumentacji należy dołączyć aktualne, na dzień składania wniosku, dokumenty organizacji (z których wynika m.in. cel działania organizacji, sposób reprezentacji itd. - np. statut, KRS itp.)**

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



## DECYZJA <sup>3</sup>

o .....

### do realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 Podprogram 2017

.....<sup>4</sup> w ..... w dniu  
..... podjął decyzję o nawiązaniu współpracy z/odrzuceniu oferty<sup>5</sup>  
..... w  
charakterze Organizacji Partnerskiej Lokalnej dystrybuującej żywność do osób potrzebujących w  
ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 Podprogram 2017.

#### UZASADNIENIE WYBORU OPS NA OPL<sup>6</sup>:

..... podjęła decyzję o nawiązaniu współpracy z Ośrodkiem Pomocy Społecznej w charakterze OPL dystrybuującej żywność do osób najuboższych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 Podprogram 2017. Decyzja ta została podjęta w oparciu o zebrane informacje, tj.:

- brak organizacji pozarządowych spełniających wytyczne Programu działających na terenie gminy, z którego pochodzi dany OPS,
- duża potrzeba wsparcia w postaci pomocy żywnościowej mieszkańców poszczególnych gmin,
- spełnianie wytycznych Programu przez Ośrodki Pomocy Społecznej, które wyraziły chęć współpracy przy Podprogramie 2017.
- .....

Ośrodek Pomocy Społecznej samodzielnie wyraził chęć współpracy oraz złożył wymagane dokumenty. Ustalono również, iż współpraca jest tymczasowa i jak tylko nawiążemy współpracę z organizacją pozarządową działającą na danym terenie, OPS przestanie zajmować się dystrybucją żywności jako OPL.

Miejscowość i data	
Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania OPR	

3O przyjęciu OPL lub odrzuceniu oferty OPL

4Zarząd BZ lub Organ powołany przez Zarządu BZ do zatwierdzenia dokumentu, np. Komisja konkursowa

5Wybierz jedną z dwóch opcji

6W przypadku gdy OPS będzie OPL.