**

Deklaracja chęci przystąpienia jednostki organizacyjnej pomocy społecznej do projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym w ramach Działania 9.1 RPO WM 2014-2020 „Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Dane JST (nazwa, adres)* |  | *Dane JOPS (nazwa, adres)* |

Działając w imieniu ………………………[[1]](#footnote-1) niniejszym potwierdzam potrzebę realizacji działań w ramach typu projektu „Aktywna integracja dla włączenia społecznego realizowana przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej” na terenie ……………………….[[2]](#footnote-2) oraz gotowość do realizacji projektu przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej prowadzącej działania na ww. obszarze – …………………………………………[[3]](#footnote-3) – do przygotowania projektu, a następnie do jego realizacji na warunkach zawartych we wniosku o dofinansowanie projektu.

Oświadczam, iż jesteśmy świadomi uwarunkowań planowanego naboru pozakonkursowego, tj.:

* możliwość realizacji projektu maksymalnie przez okres 36 miesięcy;
* ograniczenie średniego kosztu wsparcia jednej osoby w ramach projektu na poziomie 14 000,00 PLN;
* realizacja wsparcia na podstawie ścieżki reintegracji z wykorzystaniem kontraktu socjalnego lub indywidualnego programu, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej;
* osiągnięcie wskaźników efektywności społecznej i efektywności zatrudnieniowej w odniesieniu do dwóch poniższych grup:
* osób z niepełnosprawnościami – w przypadku których minimalny poziom efektywności społecznej wynosi 34%, a minimalny poziom efektywności zatrudnieniowej – 12%,
* pozostałych osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – przy których minimalny poziom efektywności społecznej wynosi 34%, a minimalny poziom efektywności zatrudnieniowej 25%;
* realizacja usług aktywnej integracji o charakterze zawodowym podmiotom wyspecjalizowanym w zakresie aktywizacji zawodowej;
* zapewnienie zindywidualizowanego i kompleksowego wsparcia, odpowiadającego na potrzeby uczestnika i jednocześnie nieograniczającego możliwości dostępu do poszczególnych rodzajów usług aktywnej integracji;
* konieczność realizacji projektu w formule partnerskiej;
* konieczność wniesienia wkładu własnego do projektu na poziomie 20%.

Deklarujemy chęć realizacji projektu:

[ ]  w partnerstwie z podmiotem niebędącym jst;

[ ]  w partnerstwie z następującymi Jednostkami Samorządu Terytorialnego:

* ………………………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………………………………[[4]](#footnote-4)

W przedmiotowym partnerstwie będziemy występować jako Lider. / W przedmiotowym partnerstwie będziemy występować jako Partner; rolę Lidera pełnić będzie ………………………………………………[[5]](#footnote-5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Data i podpis osoby reprezentującej JST* |  | *Data i podpis osoby reprezentującej JOPS* |

**

Deklaracja braku możliwości przystąpienia jednostki organizacyjnej pomocy społecznej do projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym w ramach Działania 9.1 RPO WM 2014-2020 „Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Dane JST (nazwa, adres)* |  | *Dane JOPS (nazwa, adres)* |

Działając w imieniu ………………………[[6]](#footnote-6) niniejszym potwierdzam brak możliwości realizacji działań w ramach typu projektu „Aktywna integracja dla włączenia społecznego realizowana przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej” na terenie ……………………….[[7]](#footnote-7) oraz brak gotowość do realizacji projektu przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej prowadzącej działania na ww. obszarze – …………………………………………[[8]](#footnote-8) – do przygotowania projektu, a następnie do jego realizacji na warunkach zawartych we wniosku o dofinansowanie projektu.

Nasze stanowisko uwarunkowane jest ………………………………………………………………………………………[[9]](#footnote-9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Data i podpis osoby reprezentującej JST* |  | *Data i podpis osoby reprezentującej JOPS* |

1. Należy podać pełną nazwę jednostki samorządu terytorialnego (gmina / miasto / powiat). [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy określić obszar, na którym realizowany będzie projekt (gminę, miasto bądź powiat). [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy podać pełną nazwę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (OPS, PCPR). [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy podać pełną nazwę jednostki samorządu terytorialnego (gmina / miasto / powiat) oraz jej adres. [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy skreślić niepotrzebne. W przypadku planowanego przystąpienia do projektu w roli Partnera należy podać pełną nazwę jednostki samorządu terytorialnego (gmina / miasto / powiat), która będzie Wnioskodawcą oraz jej adres. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy podać pełną nazwę jednostki samorządu terytorialnego (gmina / miasto / powiat). [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy określić obszar, na którym realizowany będzie projekt (gminę, miasto bądź powiat). [↑](#footnote-ref-7)
8. Należy podać pełną nazwę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (OPS, PCPR). [↑](#footnote-ref-8)
9. Prosimy o wskazanie powodów rezygnacji z realizacji projektu w trybie pozakonkursowym. [↑](#footnote-ref-9)