Załącznik nr 1 do ogłoszenia

# Formularz ofertowy

Formularz jest załącznikiem do ogłoszenia o otwartym naborze ogólnopolskiej organizacji pozarządowej reprezentującej środowiska osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności jako partnera w celu wspólnej realizacji projektu partnerskiego „Dostępna stomatologia”.

Projekt planowany do realizacji w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Priorytetu FERS.03 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami, Działania 03.03 Systemowa poprawa dostępności.

## Dane oferenta i informacje o podmiocie

* Pełna nazwa podmiotu (zgodna z aktualnym wpisem do krajowego rejestru sądowego):
* Status prawny:
* KRS:
* NIP:
* REGON:
* Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji podmiotu i zaciągania zobowiązań finansowych:
* Adres siedziby:
* Numer telefonu:
* Adres e-mail:
* Adres strony www:

## Opis doświadczenia i deklarowanego wkładu oferenta w realizację celu partnerstwa

### Wymogi merytoryczne

#### Działalność obejmująca reprezentowanie środowisk osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w tym np. działania na rzecz integracji społeczno-zawodowej osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, promocja działań na ich rzecz w okresie co najmniej ostatnich 3 lat przed ogłoszeniem naboru.

Należy zawrzeć opis działalności potwierdzający spełnienie ww. wymogu.

#### Doświadczenie w realizacji usług/działań dotyczących dostępności dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w tym dostępności usług medycznych – co najmniej 3 usługi/działania w zakresie dostępności, obejmujące łącznie działania dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w tym co najmniej 1 usługa/działanie z zakresu dostępności usług medycznych (np. usługi doradcze, audyt dostępności, opracowanie procedur zapewnienia dostępności) w okresie ostatnich 3 lat przed ogłoszeniem naboru.

Należy opisać co najmniej 3 zrealizowane ww. usługi/działania, w tym co najmniej 1 usługa/działanie na rzecz osób ze zróżnicowanymi potrzebami związanymi z niepełnosprawnością powinna/powinno dotyczyć dostępności usług medycznych. Przy opisie poszczególnych usług/działań należy uwzględnić m.in. czego dotyczyła dana usługa/działanie, kto był odbiorcą, jakie były jej rezultaty (ze wskazaniem danych liczbowych) oraz wskazać datę początkową i końcową realizacji (co najmniej miesiąc i rok).

Usługa/działanie nr 1

* Opis

* Rodzaje niepełnoprawności odbiorców działań:
* Okres realizacji (od do):
* Czy usługa/działanie dotyczyła/dotyczyło dostępności usług medycznych? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)

Usługa/działanie nr 2

* Opis

* Okres realizacji (od do):
* Rodzaje niepełnoprawności odbiorców działań:
* Czy usługa/działanie dotyczyła/dotyczyło dostępności usług medycznych? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)

Usługa/działanie nr 3

* Opis

* Rodzaje niepełnoprawności odbiorców działań:
* Okres realizacji (od do):
* Czy usługa/działanie dotyczyła/dotyczyło dostępności usług medycznych? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)

#### Zadeklarowanie do udziału w projekcie co najmniej 1 eksperta lub ekspertki z doświadczeniem w realizacji działań służących poprawie dostępności dla osób z co najmniej dwoma rodzajami niepełnosprawności, w tym niepełnosprawnością ruchową oraz niepełnosprawnością skutkującą trudnościami w zakresie komunikacji – udział w co najmniej 3 przedsięwzięciach spełniających łącznie ww. wymogi w okresie ostatnich 3 lat przed ogłoszeniem naboru; w przypadku zadeklarowania udziału więcej niż jednej osoby, wymóg doświadczenia w zakresie dostępności dla osób ze wskazanymi rodzajami niepełnosprawności musi być spełniony przez te osoby łącznie.

Należy opisać doświadczenie co najmniej 1 eksperta/ekspertki w ww. zakresie. Przy opisie poszczególnych przedsięwzięć należy wskazać rodzaje niepełnosprawności odbiorców (w szczególności czy była to niepełnoprawność ruchowa i/lub skutkująca trudnościami w komunikowaniu się) oraz podać datę początkową i końcową realizacji działania (co najmniej miesiąc i rok). Wiersze dotyczące danych eksperta/ekspertki oraz działań można powielać zgodnie z potrzebami.

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 1

Ad. działanie nr 1

* Opis zrealizowanego działania:

* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością ruchową? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością skutkującą trudnościami w zakresie komunikacji? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Okres realizacji (od do):

Ad. działanie nr 2

* Opis zrealizowanego działania:

* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością ruchową? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością skutkującą trudnościami w zakresie komunikacji? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Okres realizacji (od do):

Ad. działanie nr 3

* Opis zrealizowanego działania:

* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością ruchową? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością skutkującą trudnościami w zakresie komunikacji? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Okres realizacji (od do):

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 2

**Ad. działanie nr 1**

* Opis zrealizowanego działania:

* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością ruchową? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością skutkującą trudnościami w zakresie komunikacji? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Okres realizacji (od do):

**Ad. działanie nr 2**

* Opis zrealizowanego działania:

* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością ruchową? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością skutkującą trudnościami w zakresie komunikacji? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Okres realizacji (od do):

**Ad. działanie nr 3**

* Opis zrealizowanego działania:

* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością ruchową? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy działanie dotyczyło osób z niepełnosprawnością skutkującą trudnościami w zakresie komunikacji? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Okres realizacji (od do):

#### Zadeklarowanie do udziału w projekcie co najmniej 1 eksperta lub ekspertki z doświadczeniem w realizacji szkoleń (stacjonarnych lub webinariów) z zakresu dostępności dla osób z niepełnosprawnością lub ze szczególnymi potrzebami – prowadzenie lub współprowadzenie co najmniej 3 szkoleń w okresie ostatnich 3 lat przed ogłoszeniem naboru.

Należy opisać doświadczenie co najmniej 1 eksperta/ekspertki ww. zakresie oraz wskazać datę realizacji szkolenia (co najmniej miesiąc i rok).

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 1

**Ad. szkolenie nr 1**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Dane liczbowe (liczba godzin szkolenia, liczba odbiorców):
* Termin:

**Ad. szkolenie nr 2**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Dane liczbowe (liczba godzin szkolenia, liczba odbiorców):
* Termin:

**Ad. szkolenie nr 3**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Dane liczbowe (liczba godzin szkolenia, liczba odbiorców):
* Termin:

#### Zadeklarowanie do udziału w projekcie co najmniej 1 eksperta/ekspertki mającego/mającej doświadczenie w przygotowywaniu materiałów edukacyjnych/szkoleniowych/informacyjnych z zakresu dostępności dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności lub ze szczególnymi potrzebami – przygotowanie lub udział w przygotowaniu co najmniej 2 materiałów w okresie ostatnich 3 lat przed ogłoszeniem naboru.

Należy zawrzeć opis doświadczenia potwierdzający spełnienie ww. warunków, w tym wymienić minimum 2 materiały edukacyjne/szkoleniowe/informacyjne zrealizowane w ww. okresie.

Wiersze dotyczące liczby osób i liczby materiałów można powielać zgodnie z potrzebami.

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 1

**Ad. materiały nr 1**

* Rodzaj opracowanych materiałów (edukacyjne/szkoleniowe/informacyjne):
* Tematyka materiałów:
* Miesiąc i rok opracowania materiałów:

**Ad. materiały nr 2**

* Rodzaj opracowanych materiałów (edukacyjne/szkoleniowe/informacyjne):
* Tematyka materiałów:
* Miesiąc i rok opracowania materiałów:

Zbiorcza uwaga do punktów 1.3-1.5:

**Jedna osoba może spełniać wymagania z więcej niż jednego zakresu, jednak niezbędne jest zadeklarowanie do udziału w projekcie co najmniej dwóch ekspertek lub ekspertów.**

### Kryteria wyboru

#### Potencjał osobowy

Ocenie podlegać będzie zgodność z zakresem projektu i kompleksowość doświadczenia wskazanych w ofercie osób, które partner może potencjalnie zaangażować do realizacji projektu.

Oceniane będą maksymalnie 2 pierwsze osoby w każdej kategorii.

Ta sama osoba może zostać wskazana w więcej niż jednej kategorii, tj. punktach 2.1.1-2.1.3.

##### Zaangażowanie do projektu osób posiadających doświadczenie w przygotowaniu i realizacji szkoleń (stacjonarnych lub webinariów) z zakresu dostępności dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz ze szczególnymi potrzebami (maksymalna liczba punktów – 20).

Wiersze dotyczące liczby szkoleń można powielać zgodnie z potrzebami.

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 1

**Ad. szkolenie nr 1**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Odbiorcy:
* Zadania wykonane w ramach szkolenia:
* Dane liczbowe (liczba godzin, odbiorców szkoleń):
* Termin:

**Ad. szkolenie nr 2**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Odbiorcy:
* Zadania wykonane w ramach szkolenia:
* Dane liczbowe (liczba godzin, odbiorców szkoleń):
* Termin:

**Ad. szkolenie nr 3**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Odbiorcy:
* Zadania wykonane w ramach szkolenia:
* Dane liczbowe (liczba godzin, odbiorców szkoleń):
* Termin:

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 2

**Ad. szkolenie nr 1**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Odbiorcy:
* Zadania wykonane w ramach szkolenia:
* Dane liczbowe (liczba godzin, odbiorców szkoleń):
* Termin:

**Ad. szkolenie nr 2**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Odbiorcy:
* Zadania wykonane w ramach szkolenia:
* Dane liczbowe (liczba godzin, odbiorców szkoleń):
* Termin:

**Ad. szkolenie nr 3**

* Tytuł:
* Rodzaj (szkolenie stacjonarne/webinarium):
* Tematyka:
* Odbiorcy:
* Zadania wykonane w ramach szkolenia:
* Dane liczbowe (liczba godzin, odbiorców szkoleń):
* Termin:

##### Zaangażowanie do projektu osób posiadających doświadczenie w przygotowaniu lub realizacji działań upowszechniających w zakresie dostępności dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz ze szczególnymi potrzebami (maksymalna liczba punktów – 30).

Prosimy opisać przeprowadzone działania upowszechniające (czego dotyczyły, jakich grup odbiorców, jaka była ich skala/rezultaty – dane liczbowe). Należy wskazać, jaka była rola danej osoby w tych działaniach, opisać wykonane przez nią zadania oraz podać termin ww. działań (miesiąc i rok).

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 1

* Opis przygotowywanych/zrealizowanych działań:

* Zakres wykonanych prac:

* Termin realizacji działań:

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 2

* Opis przygotowywanych/zrealizowanych działań:

* Zakres wykonanych prac:

* Termin realizacji działań:

##### Zaangażowanie do projektu osób posiadających doświadczenie odpowiadające zakresowi projektu, inne niż wyżej wymienione (maksymalna liczba punktów – 20).

Prosimy o wskazanie osoby/osób z doświadczeniem innym niż wymienione w punktach 2.1.1 i 2.1.2.

Przy opisie doświadczenia danej osoby prosimy uwzględnić realizowane zadania, grupy odbiorców, dla których były realizowane opisywane działania i zadania, osiągnięte efekty, w tym dane liczbowe. Prosimy wskazać okres, w jakim dane działania były realizowane.

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 1

* Opis doświadczenia:

* Okres realizacji działań:

Imię i nazwisko eksperta/ekspertki nr 2

* Opis doświadczenia:

* Okres realizacji działań:

#### Doświadczenie w realizacji projektów finansowanych ze środków publicznych, w szczególności w zakresie dostępności usług/działań dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności i ze szczególnymi potrzebami (maksymalna liczba punktów – 12).

Prosimy opisać maksymalnie 3 najważniejsze zrealizowane przez podmiot projekty finansowane ze środków publicznych zakończone w okresie styczeń 2019 – kwiecień 2024.

Ocenie podlegać będzie liczba i rodzaj zrealizowanych projektów oraz rola podmiotu w projekcie. Dodatkowo premiowane będą projekty dotyczące usług medycznych oraz projekty dofinansowane przez Unię Europejską.

W opisie projektu prosimy zawrzeć m.in. takie informacje, jak: czego dotyczył projekt, kto był odbiorcą działań, jakich usług dotyczył (jeśli medycznych, to należy to jasno wskazać), jakie działania zostały zrealizowane oraz jaką rolę pełnił w nim oferent.

Tytuł projektu nr 1

* Opis projektu:

* Okres realizacji projektu:
* Wartość projektu:
* Źródło finansowania:
* Czy projekt był dofinansowany przez Unię Europejską? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy projekt dotyczył tematyki dostępności usług medycznych? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy oferent realizował projekt samodzielnie lub pełnił rolę lidera w projekcie partnerskim? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)

Tytuł projektu nr 2

* Opis projektu:

* Okres realizacji projektu:
* Wartość projektu:
* Źródło finansowania:
* Czy projekt był dofinansowany przez Unię Europejską? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy projekt dotyczył tematyki dostępności usług medycznych? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy oferent realizował projekt samodzielnie lub pełnił rolę lidera w projekcie partnerskim? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)

Tytuł projektu nr 3

* Opis projektu:

* Okres realizacji projektu:
* Wartość projektu:
* Źródło finansowania:
* Czy projekt był dofinansowany przez Unię Europejską? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy projekt dotyczył tematyki dostępności usług medycznych? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)
* Czy oferent realizował projekt samodzielnie lub pełnił rolę lidera w projekcie partnerskim? Tak/Nie (niepotrzebne skreślić)

#### Opis koncepcji udziału partnera w działaniach upowszechniających planowanychw projekcie (maksymalna liczba punktów – 18).

Prosimy opisać propozycję zakresu i sposobu realizacji przez partnera działań upowszechniających wypracowany w ramach projektu standard dostępności dla gabinetów i świadczenia usług stomatologicznych.

Przy ocenie uwzględniane będą: zgodność koncepcji działań upowszechniających z zapisami fiszki, opis grup docelowych proponowanych działań, opis proponowanych kanałów i metod upowszechniania w odniesieniu do poszczególnych zidentyfikowanych grup docelowych, efektywność kosztowa zaproponowanych działań w kontekście celów projektu.

## Oświadczenia i deklaracja oferenta

1. Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada status organizacji pozarządowej, tj. posiada wpis do właściwego rejestru potwierdzającego formę organizacyjno-prawną podmiotu, osoby uprawnione do reprezentowania i zasady reprezentacji podmiotu.
2. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie społeczne, podatków i opłat.
3. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, że żadna z osób będących członkiem/członkinią zarządu lub osób reprezentujących podmiot składający ofertę nie była prawomocnie skazana za przestępstwa określone w art. 229 lub art. 230a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2024 poz. 17).
5. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie jest podmiotem powiązanym w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1).
6. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie jest wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania i wobec niego nie orzeczono zakazu dostępu do środków funduszy europejskich na podstawie:
	1. Art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2023 poz. 1270 z późn. zm.),
	2. Art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2021 poz. 1745),
	3. Art. 9 ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. 2023 poz. 659).
7. Deklaruję gotowość współpracy z PFRON jako Liderem oraz drugim partnerem w trakcie przygotowania projektu, podczas jego realizacji i rozliczania oraz w okresie trwałości.
8. Oświadczam, że podmiot składający ofertę dysponuje odpowiednim potencjałem osobowym, technicznym, organizacyjnym, lokalowym zdolnym do realizacji działań w ramach projektu.
9. Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych.

(miejscowość, data)

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela oferenta)

## Załączniki

1. Statut lub inny równoważny dokument poświadczający, że cele statutowe podmiotu są zgodne z celami projektu, podmiot prowadzi działalność na rzecz osób z niepełnosprawnościami i że działalność podmiotu ma zasięg ogólnopolski.
2. Pełnomocnictwo, jeśli składana oferta i oświadczenia podpisywane są przez inną/inne osobę/osoby niż osobę/osoby upoważnioną/upoważnione do reprezentowania podmiotu, zgodnie z zasadami reprezentacji podmiotu.

## Treść nagłówka

Logo Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## Treść ze stopki pisma

Zestaw logotypów: symbol graficzny Funduszy Europejskich z napisem Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego; flaga Polski z napisem Rzeczpospolita Polska; flaga Unii Europejskiej z napisem Dofinansowane przez Unię Europejską.