



**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 KRS¹ | |
| 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).

¹ Nie dotyczy OPS.



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 kadre/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 deprivacji 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:

-
9. W ramach programu planuje wesprzeć następującą liczbę osób potrzebujących:

..... osób.

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