



Organizacja Partnerska Lokalna (OPL) [pieczęćka]
---

**WNIOSEK WERYFIKUJĄCY SPEŁNIANIE KRYTERIÓW UCZESTNICTWA PRZEZ  
ORGANIZACJE PARTNERSKIE LOKALNE  
W PROGRAMIE OPERACYJNYM POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020  
PODPROGRAM 2019**

<b>NAZWA ORGANIZACJI PARTNERSKIEJ LOKALNEJ [OPL]</b>	
<b>ADRES</b>	
<b>DATA REJESTRACJI W KRS<sup>1</sup></b>	
<b>NUMER KRS</b>	
<b>TELEFON</b>	
<b>ADRES E-MAIL</b>	
<b>STRONA INTERNETOWA, NA KTÓREJ ZOSTANĄ UMIESZCZONE INF. PO PŻ</b>	

<b>OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE REALIZACJI PROGRAMU IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>TELEFON</b>	
<b>ADRES E-MAIL</b>	

**Wnioskujący oświadcza, że:**

1. prowadzi działania non-profit na rzecz najbardziej potrzebujących;
2. posiada zdolności administracyjne do:
  - a. realizacji działań w zakresie dystrybucji artykułów spożywczych otrzymanych w ramach PO PŻ;
  - b. realizacji działań na rzecz włączenia społecznego;
  - c. prowadzenia odrębnych systemów ewidencji księgowej i gospodarki magazynowej artykułów dostarczanych z PO PŻ i z innych źródeł;

<sup>1</sup> Nie dotyczy OPS.



3. posiada zaplecze magazynowe, zapewniające realizację dystrybucji zgodnie z zapisami Wytycznych na Podprogram 2019;
4. posiada kadre wykwalifikowaną/doświadczoną w realizacji projektów finansowanych ze środków UE, w zarządzaniu lub w realizacji działań związanych z dystrybucją żywności;
5. 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;
6. zapoznał się i przyjmuje do realizacji wymogi 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 2019;*
7. zdobył doświadczenie w realizacji Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym.

I.p.	Województwo	Ogólna planowana liczba osób, która zostanie objęta pomocą	Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie paczek	Planowana liczba osób uzyskujących pomoc w formie posiłków	Planowana liczba paczek [ilość wydań x ilość osób]	Planowana liczba posiłków
Razem						

**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

Adres magazynu, w którym będzie przechowywana żywność POPŻ

Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania OPL

Miejscowość i data

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



## DECYZJA BANKU ŻYWNOSCI

.....<sup>3</sup> w ..... W  
dniu ..... podjął decyzję o nawiązaniu współpracy  
z/odrzuconiu oferty<sup>4</sup>.....<sup>5</sup> w  
charakterze Organizacji Partnerskiej Lokalnej dystrybuującej żywność do osób  
potrzebujących w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020  
Podprogram 2019.

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

Bank Żywności podjął decyzję o nawiązaniu współpracy z Ośrodkami Pomocy Społecznej w charakterze OPL dystrybuującej żywność do osób najuboższych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 Podprogram 2019. 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 2019.
- .....
- .....

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.

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

<sup>3</sup> Zarząd BZ lub Organ powołany przez Zarząd BZ do zatwierdzenia dokumentu, np. Komisja konkursowa

<sup>4</sup> Niepotrzebnie skreślić

<sup>5</sup> Nazwa OPL

<sup>6</sup> dotyczy wyłącznie OPS.