***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTY**

**Dotyczy ogłoszenia o otwartym naborze partnera**

Na podstawie art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz. U. 2022 poz. 1079 z późn.zm.), **Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie** (dalej UKSW lub Ogłaszający) **ogłasza otwarty nabór Partnera do przygotowania i wspólnej realizacji projektu zgłoszonego w odpowiedzi na konkurs nr FERS.03.01-IP.08-001/24 „Uczelnie coraz bardziej dostępne”** w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Priorytet 3 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami, Działanie 03.01 Dostępność szkolnictwa wyższego.

**DANE OFERENTA**

|  |
| --- |
| Nazwa oferenta: |
| Forma prawna: |
| NIP: |
| REGON: |
| KRS: (jeśli dotycz) |
| ADRES SIEDZIBY: |
| ADRES EMAIL: |
| STRONA INTERNETOWA |
| PRAWNY REPREZENTANT OFERENTA:  Imię i nazwisko:  Telefon:  Adres email: |

**CZĘŚĆ A. Kryteria dostępu (warunki uczestnictwa):**

**Łącznie spełniam poniższe warunki uczestnictwa:**

1. Posiadam uwzględnioną w swoim statucie lub dokumencie równoważnym działalność na rzecz osób z niepełnosprawnościami

TAK\* NIE\*

1. Do oferty dołączam aktualny statut lub dokument równoważny potwierdzający spełnienie powyższego kryterium.

TAK\* NIE\*

1. Posiadam minimum 5-letnie udokumentowane doświadczenie w zakresie wspierania osób ze specjalnymi potrzebami, w tym m.in. osób z dysfunkcją ruchową, wzrokową, słuchową, w kryzysie zdrowia psychicznego itp. zgodnie z danymi w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Podmiot, dla którego realizowane było wsparcie | Nazwa usługi/rodzaj oferowanego wsparcia | Grupa docelowa, do której kierowane było wsparcie | Okres realizacji wsparcia\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Posiadam niezbędny potencjał kadrowy, w szczególności dysponuję:
   1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji szkoleń z zakresu dostępności dla pracowników instytucji publicznych – minimum 500h zrealizowanych szkoleń w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji publicznej, dla której realizowano szkolenia | Nazwa/tematyka szkoleń oraz grupa docelowa szkoleń | Liczba zrealizowanych godzin szkoleń | Okres realizacji szkoleń\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji szkoleń z zakresu dostępności dla pracowników wyższych uczelni - minimum 100h zrealizowanych szkoleń w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa uczelni, dla której realizowano szkolenia | Nazwa/tematyka szkoleń oraz grupa docelowa szkoleń | Liczba zrealizowanych godzin szkoleń | Okres realizacji szkoleń\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji wsparcia dla studentów z niepełnosprawnościami minimum 50 godzin zrealizowanych szkoleń, sesji doradczych, sesji coachingowych itp. w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa uczelni, dla której realizowano wsparcie | Rodzaj i tematyka wsparcia oraz grupa docelowa wsparcia | Liczba zrealizowanych godzin wsparcia | Okres realizacji wsparcia\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji diagnozy funkcjonalnej dla studentów uczelni wyższych – minimum 5 przeprowadzonych diagnoz w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa uczelni, dla której realizowano diagnozy | Zakres diagnoz oraz grupa docelowa diagnoz | Liczba zrealizowanych diagnoz | Okres realizacji diagnoz\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Ponadto oświadczam, że:**
   1. W ramach niniejszego konkursu nie będę uczestniczyć w składaniu innego wniosku projektowego (jako partner).
   2. nie podlegam wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
   3. do oferty dołączam aktualny odpis z rejestru lub odpowiedniego wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.
   4. pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli (w przypadku gdy ofertę będą podpisywały osoby inne niż uprawnione do reprezentacji zgodnie ze statutem i odpisem z Krajowego Rejestru Sądowego).

……………………………………… …………………………………  
*Miejscowość, data Podpis   
 prawnego przedstawiciela oferenta*

**CZĘŚĆ B. Kryteria oceny i wyboru ofert:**

**Potencjał kadrowy:**

Posiadam niezbędny potencjał kadrowy, w szczególności dysponuję:

1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji szkoleń z zakresu dostępności dla pracowników instytucji publicznych – minimum 500h zrealizowanych szkoleń w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji publicznej, dla której realizowano szkolenia | Nazwa/tematyka szkoleń oraz grupa docelowa szkoleń | Liczba zrealizowanych godzin szkoleń | Okres realizacji szkoleń\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji szkoleń z zakresu dostępności dla pracowników wyższych uczelni - minimum 100h zrealizowanych szkoleń w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa uczelni, dla której realizowano szkolenia | Nazwa/tematyka szkoleń oraz grupa docelowa szkoleń | Liczba zrealizowanych godzin szkoleń | Okres realizacji szkoleń\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji wsparcia dla studentów z niepełnosprawnościami minimum 50 godzin zrealizowanych szkoleń, sesji doradczych, sesji coachingowych itp. w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa uczelni, dla której realizowano wsparcie | Rodzaj i tematyka wsparcia oraz grupa docelowa wsparcia | Liczba zrealizowanych godzin wsparcia | Okres realizacji wsparcia\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. minimum 1 osobą posiadającą doświadczenie w realizacji diagnozy funkcjonalnej dla studentów uczelni wyższych – minimum 5 przeprowadzonych diagnoz w ciągu ostatnich 3 lat zgodnie z poniższymi danymi:

Imię i nazwisko osoby spełniającej kryterium:…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa uczelni, dla której realizowano diagnozy | Zakres diagnoz oraz grupa docelowa diagnoz | Liczba zrealizowanych diagnoz | Okres realizacji diagnoz\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Składa wraz z ofertą kompletną Koncepcję realizacji działań w ramach projektu zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Ogłoszenia. Koncepcja musi być zgodna z Zał. 1 do Regulaminu wyboru projektów – Opis ŚCIEŻKI ROZWOJU+ <https://www.gov.pl/web/ncbr/uczelnie-coraz-bardziej-dostepne>.

……………………………………… …………………………………  
*Miejscowość, data Podpis   
 prawnego przedstawiciela oferenta*

\*należy zaznaczyć właściwą opcję

\*\*należy podać minimum miesiąc i rok rozpoczęcia usługi/wsparcia oraz miesiąc i rok zakończenia usługi/wsparcia.