**Karta zgłoszeniowa POWIATU do uczestnictwa w testach Modelu Kooperacji w ramach projektu pn.: „Liderzy kooperacji”**

1. **Dane jednostki samorządu terytorialnego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** | | |
|  | | |
| **Adres podmiotu** | | |
|  | | |
| **Kryteria podstawowe** | | |
| Powiat uczestniczył w opracowaniu Modelu w I Kamieniu Milowym: | | TAK  NIE |
| Powiat wyraża zgodę na współpracę z doradcą podczas testowania Modelu Kooperacji | | TAK  NIE |
| Powiat załącza do karty zgłoszeniowej Listę aktywności i usług: | | TAK  NIE |
| **Kryteria różnicujące** | | |
| Aktywność projektowa w obszarze pomocy i integracji społecznej  (liczba projektów zakończonych oraz w trakcie realizacji w latach 2010-2016 – właściwe zaznaczyć) | 0  1 – 2  3 i więcej | |
| Wysokość dochodu na mieszkańca (proszę wpisać dane z GUS 2017 r.): |  | |
| Dwa dominujące (poza ubóstwem) powody korzystania długotrwale  z pomocy społecznej (proszę wpisać powody z Oceny Zasobów Pomocy Społecznej za 2017r.): |  | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Proponowane gminy z terenu powiatu ………..… do uczestnictwa w pilotażu Modelu Kooperacji:** |
|  |

1. **Dane przedstawiciela Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie do kontaktu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | |
|  | |
| **Telefon kontaktowy** | **e-mail** |
|  |  |

**……………….……………………………………………**

/data, stanowisko, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania zgłaszanego powiatu/

|  |
| --- |
| **Wypełnioną i podpisaną kartę należy przesłać do dnia 30 kwietnia 2019 r.** e-mailem (w wersji zeskanowanej) na adres: liderzy.kooperacji@rops-bialystok.pl lub dostarczyć do Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej  w Białymstoku na adres: **ul. Kombatantów 7, 15-110 Białystok.** W przypadku pytań, osobą do kontaktu  w przedmiotowej sprawie jest Anna Golubiewska–Dziadel, tel. 85 744 72 72, wew. 214. |