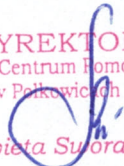




OGŁOSZENIE O NABORZE KANDYDATÓW NA CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach na podstawie art. 15 ust.2a i 2d ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 239 z późn. zm.) zaprasza do wskazania przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art.3 ust.3 ww. ustawy zwanych dalej kandydatami, do zgłaszania się na członków Komisji Konkursowej **w otwartym konkursie ofert na realizację zadania publicznego pn. Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych zlecana ze środków PFRON – świadczenie usług asystencji osobistej w roku 2016.**
2. Celem niniejszego ogłoszenia jest wyłonienie dwóch kandydatów na członków Komisji Konkursowej reprezentujących organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust 3 ww. ustawy.
3. Organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art.3 ust.3 ww. ustawy mogą zgłosić do Komisji Konkursowej tylko jednego kandydata.
4. Udział w pracy Komisji Konkursowej jest nieodpłatny i za udział w posiedzeniach Komisji nie przysługuje zwrot kosztów podróży.
5. Zgłoszenie kandydata nie jest jednoznaczne z uczestnictwem w Komisji Konkursowej.
6. Wyboru dwóch członków do pracy w Komisji Konkursowej dokonuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach na podstawie otrzymanych zgłoszeń. Pierwszeństwo udziału w pracach Komisji mają przedstawiciele organizacji pozarządowych, których zadania statutowe obejmują zadania z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych oraz posiadają doświadczenie w realizacji ww. zadań.
7. Celem pracy Komisji Konkursowej jest:
 - analiza, ocena i opiniowanie złożonych ofert z uwzględnieniem kryteriów określonych w treści ogłoszenia konkursu,
 - przygotowanie stosownej dokumentacji.
8. Kandydatów należy zgłaszać w formie pisemnej na formularzu zgłoszenia stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia

9. Zgłoszenie kandydata do Komisji Konkursowej należy przesłać na adres : Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach ul. św. Sebastiana 1A, 59-100 Polkowice lub złożyć w sekretariacie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach adres jw. (poziom 0, pokój nr 19) w zamkniętej kopercie z dopiskiem „ Zgłoszenie kandydata do Komisji Konkursowej” .
10. Termin składania zgłoszeń kandydatów do Komisji Konkursowej upływa dnia 13 lipca 2016 r. o godz. 15.00, decyduje data wpływu do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach.
11. Zgodnie z art. 15 ust. 2da ww. ustawy Komisja Konkursowa może działać bez udziału osób wskazanych przez organizacje pozarządowe lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3, jeżeli:
- 1) żadna organizacja nie wskaże osób do składu Komisji Konkursowej lub
 - 2) wskazane osoby nie wezmą udziału w pracach Komisji Konkursowej, lub
 - 3) wszystkie powołane w skład Komisji Konkursowej osoby podlegają wykluczeniu na podstawie art. 15 ust. 2d lub art. 15 ust. 2f .

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Polkowicach

mgr Elżbieta Suoracka-Dul

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

kandydata organizacji pozarządowej lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na członka Komisji Konkursowej w otwartym konkursie ofert na realizację zadania publicznego pn. Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych zlecana ze środków PFRON – świadczenie usług asystencji osobistej w roku 2016

DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ	
Nazwa zadania	Realizacja zadania publicznego pn. „Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych zlecana ze środków PFRON – świadczenie usług asystencji osobistej w roku 2016”
Imię i nazwisko kandydata	
Telefon kontaktowy	
E-mail	
Adres do korespondencji	
Funkcja pełniona w organizacji pozarządowej/podmiocie wymienionym w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie	
Opis doświadczenia kandydata na członka Komisji Konkursowej w zakresie działalności organizacji pozarządowej/podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie	
Nazwa organizacji pozarządowej/podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie i adres siedziby (proszę podać pełną nazwę organizacji pozarządowej/podmiotu)	
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego status prawny organizacji pozarządowej/podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie	
Statut organizacji pozarządowej/ podmiotu	

wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie obejmuje zadania w zakresie rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

TAK/NIE
właściwe zakreślić

OŚWIADCZAM, że:

- 1) Wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- 2) Wyrażam zgodę na udział w pracach komisji konkursowej opiniującej oferty na realizację zadania publicznego pn. „Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych zlecona ze środków PFRON – świadczenie usług asystencji osobistej w roku 2016”,
- 3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji i uczestnictwa w komisji konkursowej zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.).

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis kandydata

Podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji pozarządowej/ podmiotu, z ramienia którego występuje kandydat