

.....  
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....  
(data i miejsce złożenia oferty)

## OFERTA PODMIOTU UPRAWNIONEGO

### I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu: .....
2. Forma prawna: .....
3. Data powstania: .....
4. Dokładny adres: ..... ul. ....  
gmina ..... powiat ..... województwo .....
5. Tel.: ..... faks: ..... e-mail: ..... http:// .....
6. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze oraz numer i data wpisu lub rejestracji: .....
7. Numer NIP: ..... numer REGON: .....
8. Nazwa banku i numer rachunku: .....
9. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów): .....
10. Nazwa, adres i telefon kontaktowy placówki bezpośrednio wykonującej zadanie, na które podmiot ubiega się o dotację:\* .....
11. Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):\* .....
12. Cele statutowe, przedmiot działalności statutowej: .....

### II. Opis zadania\*

1. Nazwa zadania: .....
  2. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania: .....
  3. Szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania: .....
  4. Termin realizacji zadania od ..... do .....
- Miejsce realizacji zadania: .....

5. Posiadane zasoby, które zapewnią realizację zadania:  
 Kadrowe (z opisem kwalifikacji): .....  
 .....  
 Rzeczowe (z opisem stanu i podaniem wartości): .....  
 .....  
 .....
6. Sposób rekrutacji uczestników (liczba i charakterystyka ze względu na istotne dla zadania cechy, np. wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny): .....  
 .....  
 .....
7. Zakładane rezultaty realizacji zadania: .....  
 .....  
 .....
8. Partnerzy w realizacji zadania (ze szczególnym uwzględnieniem organów administracji publicznej): .....  
 .....  
 .....
9. Informacja o dotychczasowym doświadczeniu w realizacji zadania, którego dotyczy oferta, lub zadania podobnego typu: .....  
 .....  
 .....
10. Informacje na temat dotychczasowych zadań realizowanych również we współpracy z administracją publiczną: .....  
 .....  
 .....
11. Dodatkowe informacje, które zdaniem podmiotu uprawnionego mogą mieć wpływ na ocenę oferty: .....  
 .....  
 .....
12. Inne informacje, wymagane zgodnie z treścią ogłoszenia o otwartym konkursie ofert: .....  
 .....  
 .....

### III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

- Całkowity koszt (w zł) [   ]
- w tym:
- wnioskowana wielkość dotacji (w zł) [   ]
  - wielkość środków własnych (w zł) [   ]
  - wielkość środków pozyskanych z innych źródeł [   ]

### IV. Inne wybrane informacje dotyczące zadania\*

1. Adresaci działań przy realizacji zadania - należy oznaczyć znakiem X **nie więcej niż 3** najważniejsze grupy adresatów działań:
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osoby bezdomne                | <input type="checkbox"/> Osoby w podeszłym wieku    |
| <input type="checkbox"/> Osoby ubogie                  | <input type="checkbox"/> Uchodźcy                   |
| <input type="checkbox"/> Osoby niepełnosprawne i chore | <input type="checkbox"/> Osoby i rodziny wymagające |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Osoby bezrobotne   | interwencji kryzysowej  |
| <input type="checkbox"/> Osoby samotnie wychowujące dzieci  | <input type="checkbox"/> Ofiary przemocy w rodzinie             |
|   | <input type="checkbox"/> Organizacje i instytucje prowadzące    |
|   | działalność w zakresie pomocy społecznej                        |
| <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież z rodzin mających trudności w wypełnianiu swoich zadań | <input type="checkbox"/> Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków |
| <input type="checkbox"/> Inne .....   |   |

2. Typ działań - należy oznaczyć znakiem X **nie więcej niż 3** najważniejsze typy działań przy realizacji zadania:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pomoc finansowa  | <input type="checkbox"/> Pielęgnacja  |
| <input type="checkbox"/> Pomoc rzeczowa   | <input type="checkbox"/> Praca socjalna   |
| <input type="checkbox"/> Pomoc żywnościowa, w tym wydawanie posiłków  | <input type="checkbox"/> Animowanie działań samopomocowych  |
| <input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze, w tym robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, pomoc w czynnościach gospodarczych i porządkowych | <input type="checkbox"/> Opieka pozaszkolna nad dziećmi   |
| <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie poradnictwa i informacji  | <input type="checkbox"/> Szkolenia dla kadry pomocy społecznej  |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia dla osób objętych pomocą lub ich opiekunów   | <input type="checkbox"/> Zbieranie i przetwarzanie informacji ważnych dla funkcjonowania pomocy społecznej          |
| <input type="checkbox"/> Terapia/rehabilitacja  | <input type="checkbox"/> Finansowanie działań innych organizacji i instytucji                                       |
| <input type="checkbox"/> Opieka stacjonarna   | <input type="checkbox"/> Specjalistyczne usługi opiekuńcze  |
| <input type="checkbox"/> Opieka półstacjonarna (dzienna)  | <input type="checkbox"/> Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych |
| <input type="checkbox"/> Mieszkania chronione   | <input type="checkbox"/> Inne .....   |

3. Liczbowe określenia skali działań przy realizacji zadania (prosimy użyć miar adekwatnych do danego typu zadania, np. liczba osób objętych pomocą, liczba rodzin objętych programem, liczba porad udzielonych tygodniowo): .....

.....

.....

4. Ogólna liczba osób pracujących przy realizacji zadania [    ], w przeliczeniu na pełne etaty [    ], w tym wolontariusze [    ], w przeliczeniu na pełne etaty [    ].

5. Opis bazy lokalowej (wyłącznie dla placówek opieki stacjonarnej, dziennej oraz noclegowni):

- 1) Rodzaj obiekt: .....
- 2) Powierzchnia użytkowa (m<sup>2</sup>) [    ]
- 3) Stan prawny nieruchomości / warunki dzierżawy .....
- 4) Liczba miejsc w obiekcie i ich podział ze względu na grupy osób objętych pomocą: .....

.....  
.....  
5) Stan techniczny i wyposażenie obiektu istotne z punktu widzenia realizacji zadania: .....

.....  
.....  
6) Ogólny koszt utrzymania obiektu w przeliczeniu na 1 osobę miesięcznie: [   ]

**V. Kosztorys ze względu na typ kosztów zadania\***

| Lp.            | Rodzaj kosztów (wydatków) i sposób ich kalkulacji | Koszt (w zł) | W tym wydatki z wnioskowanej dotacji (w zł) | W tym ze środków własnych (w zł) |
|----------------|---|--------------|---|----------------------------------|
|                |   |              |   |                                  |
| <b>OGÓLEM:</b> |   |              |   |                                  |

**VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania**

| Źródło  | Kwota (w zł) | Udział środków w % |
|---|--------------|--------------------|
| Wnioskowana kwota dotacji   |              |                    |
| Posiadane środki własne (na jakich zasadach przyznane)  |              |                    |
| Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników projektu - z jakiego tytułu  |              |                    |
| Inne źródła finansowania (określić, na jakiej podstawie przyznano bądź zapewniono środki):<br>1) publiczne - wymienić<br>2) niepubliczne - wymienić |              |                    |
| <b>OGÓLEM:</b>  |              | 100%               |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**VII. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:** .....

.....  
.....

**VIII. Pozafinansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):** .....

.....  
.....

**IX. Dodatkowe uwagi lub informacje:** .....

.....  
.....

(pieczęć podmiotu uprawnionego)

(podpis osoby upoważnionej do  
składania oświadczeń woli  
w imieniu podmiotu uprawnionego)

**X. Załączniki i ewentualne referencje:**

1. Aktualny wyciąg z rejestru lub ewidencji (ważny do 3 miesięcy od daty uzyskania)
2. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe za ostatni rok
3. Statut podmiotu uprawnionego .....
4. ....
5. ....

**XI. Poświadczenie złożenia oferty (miejsce, data, podpis - wypełnia organ):**

.....  
.....  
.....

**XII. Adnotacje urzędowe:**

|  |
|--|
|  |
|--|

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis pracownika przyjmującego ofertę)

\_\_\_\_\_

- \* W przypadku prowadzenia przez podmiot kilku różnych placówek wskazane punkty należy wypełnić odrębnie dla każdej placówki.