

.....  
(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 zapewniają 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 interwencji kryzysowej                            |
| <input type="checkbox"/> Osoby bezrobotne   | <input type="checkbox"/> Ofiary przemocy w rodzinie   |
| <input type="checkbox"/> Osoby samotnie wychowujące dzieci  | <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, przygotowanie 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 dla 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 obiektu  
 .....
- 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): 1) publiczne – wymienić 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)

.....  
(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 (miejscowość, data, podpis – wypełnia organ):**

.....  
.....

**XII. Adnotacje urzędowe:**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis pracownika przyjmującego ofertę)

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