

.....  
(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 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:

[ ] Osoby bezdomne

[ ] Osoby w podeszłym wieku

[ ] Osoby ubogie

[ ] 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 zadań:

- |                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 określenie 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 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)<br>i sposób ich kalkulacji | Koszt<br>(w zł) | W tym wydatki<br>z wnioskowanej<br>dotacji (w zł) | W tym<br>ze środków<br>własnych<br>(w zł) |
|----------------|------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                |                                                      |                 |                                                   |                                           |
| <b>OGÓŁEM:</b> |                                                      |                 |                                                   |                                           |

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

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

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

.....  
.....

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

.....  
.....

**IX. Dodatkowe uwagi i informacje:**

.....  
.....

.....  
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

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

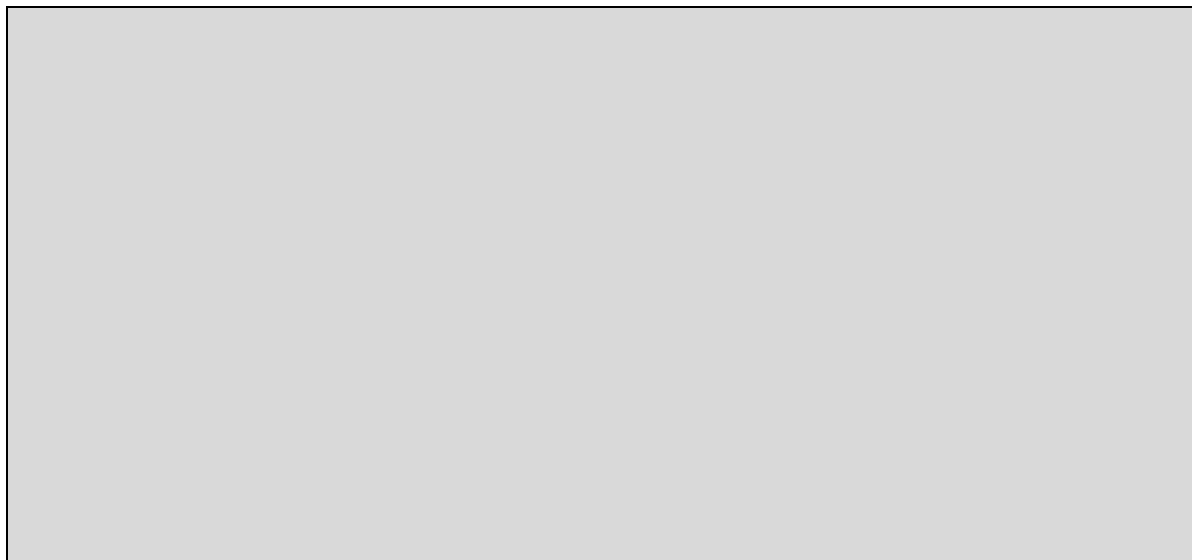
**X. Załączniki i ewentualne referencje:**

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 (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.