

.....
(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 oddo
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:

☐ Osoby bezdomne

☐ Osoby w podeszłym wieku

☐ Osoby ubogie

☐ Uchodźcy

- | | |
|---|---|
| ☐ Osoby niepełnosprawne i chore | ☐ Osoby i rodziny wymagające interwencji kryzysowej |
| ☐ Osoby bezrobotne | ☐ Ofiary przemocy w rodzinie |
| ☐ Osoby samotnie wychowujące dzieci | ☐ Organizacje i instytucje prowadzące działalność w zakresie pomocy społecznej |
| ☐ Dzieci i młodzież z rodzin mających trudności w wypełnianiu swoich zadań | ☐ Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków |
| ☐ Inne | |

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Pomoc finansowa | ☐ Pielęgnacja |
| ☐ Pomoc rzeczowa | ☐ Praca socjalna |
| ☐ Pomoc żywnościowa, w tym wydawanie posiłków | ☐ Animowanie działań samopomocowych |
| ☐ Usługi opiekuńcze, w tym robienie zakupów, przygotowanie posiłków, pomoc w czynnościach gospodarczych i porządkowych | ☐ Opieka pozaszkolna nad dziećmi |
| ☐ Pomoc w zakresie poradnictwa i informacji | ☐ Szkolenia dla kadry pomocy społecznej |
| ☐ Szkolenia dla osób objętych pomocą lub ich opiekunów | ☐ Zbieranie i przetwarzanie informacji ważnych dla funkcjonowania pomocy społecznej |
| ☐ Terapia/ rehabilitacja | ☐ Finansowanie działań innych organizacji i instytucji |
| ☐ Opieka stacjonarna | ☐ Specjalistyczne usługi opiekuńcze |
| ☐ Opieka półstacjonarna (dzienna) | ☐ Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych |
| ☐ Mieszkania chronione | ☐ 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 (m²) []

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)
OGÓŁEM:				

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		
OGÓŁEM:		100%

.....

.....

.....
(pieczęć podmiotu)

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

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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pracownika przyjmującego ofertę)

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