

Załącznik do rozporządzenia Ministra Polityki  
Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. (poz. 427)

### WZÓR

.....  
(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:

[ ] 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 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,<br>w tym wydawanie posiłków  | <input type="checkbox"/> Animowanie działań<br>samopomocowych  |
| <input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze, w tym<br>robienie zakupów, przygotowywanie<br>posiłków, pomoc w czynnościach<br>gospodarczych i porządkowych | <input type="checkbox"/> Opieka pozaszkolna nad dziećmi  |
| <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie poradnictwa<br>i informacji  | <input type="checkbox"/> Szkolenia dla kadry pomocy<br>społecznej  |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia dla osób objętych pomocą<br>lub ich opiekunów   | <input type="checkbox"/> Zbieranie i przetwarzanie<br>informacji ważnych dla<br>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<br>opiekuńcze  |
| <input type="checkbox"/> Opieka półstacjonarna<br>(dzienna)  | <input type="checkbox"/> Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, uzyskaniu<br>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 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>OGÓŁEM:</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>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 lub informacje:**

.....  
.....

.....  
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

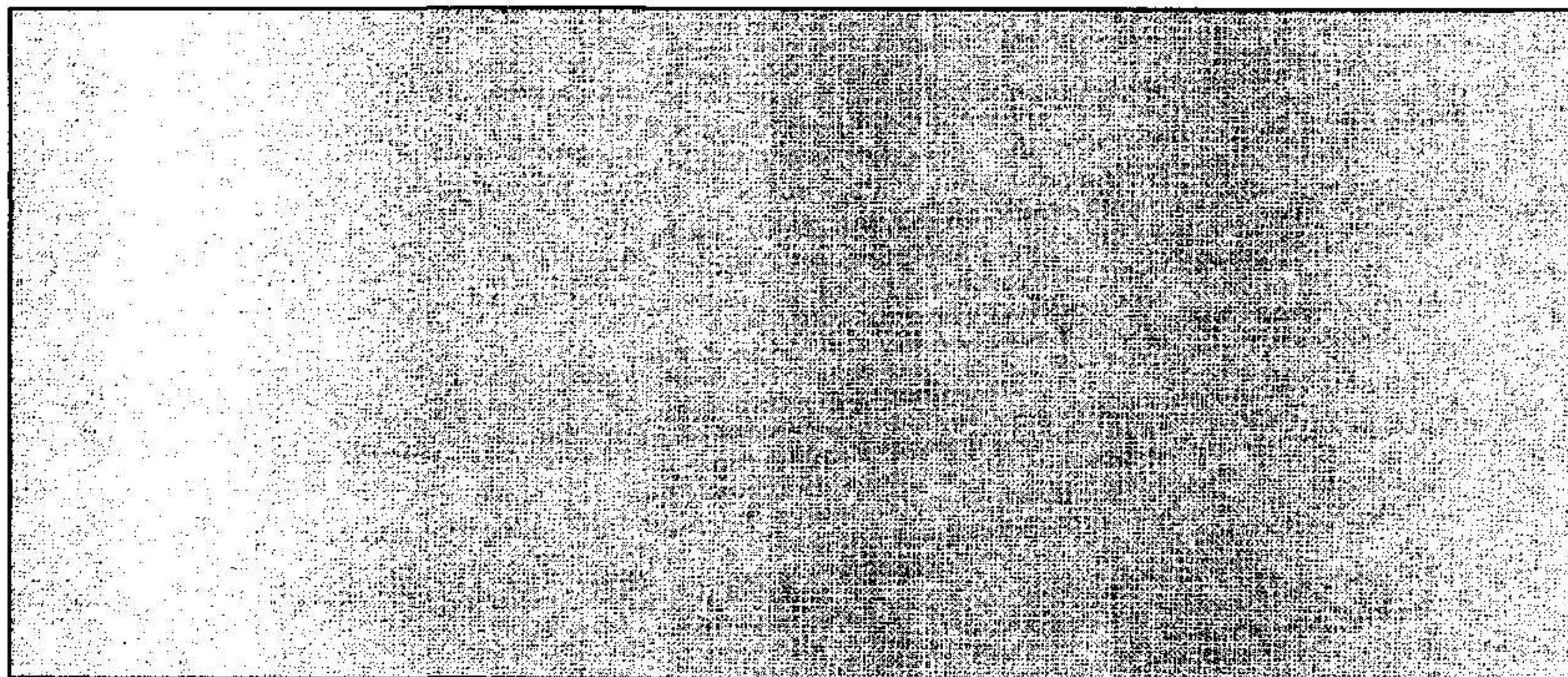
.....  
(podpis osoby upoważnionej  
do składania oświadczeń woli  
w imieniu podmiotu uprawnionego)

**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 (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.