

.....
(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:
5. Tel.: faks:
e-mail:
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:

Cele szczegółowe:

4. Termin realizacji zadania:

5. Miejsce realizacji zadania:

6. Posiadane zasoby, które zapewnią realizację zadania:

Kadrowe (z opisem kwalifikacji):

Rzeczowe (z opisem stanu i podaniem wartości):

7. Sposób rekrutacji uczestników (liczba i charakterystyka ze względu na istotne dla zadania cechy, np. wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny):

8. Zakładane rezultaty realizacji zadania:

9. Partnerzy w realizacji zadania (ze szczególnym uwzględnieniem organów administracji publicznej):

10. Informacja o dotychczasowym doświadczeniu w realizacji zadania, którego dotyczy oferta, lub zadania podobnego typu:

11. 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 | ☐ Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków |

trudności w
wypełnianiu
swoich zadań

☐ 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,
przygotowywanie
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 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 (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)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
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)		
OGÓŁEM:		

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.

2.

3.

4.

5.

6.

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.