

**ZAŁĄCZNIK do**  
**rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej**  
**z dnia 8 marca 2005r.**  
**w sprawie określenia wzoru oferty podmiotu uprawnionego**  
**(Dz. U. 2005 Nr 44, 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:

- |   |   |
|---|---|
| <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, 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 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>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 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.