

.....
(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 wymagające interwencji kryzysowej | <input type="checkbox"/> Osoby i rodziny |
| <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 samopomocowych posiłków | <input type="checkbox"/> Animowanie działań |
| <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 pomocy społecznej informacji | <input type="checkbox"/> Szkolenia dla kadry |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia dla osób objętych pomocą lub informacji ważnych dla ich opiekunów funkcjonowania pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> Zbieranie i przetwarzanie |
| <input type="checkbox"/> Terapia/rehabilitacja | <input type="checkbox"/> 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*

L.p	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%

VII. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....
.....
.....

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

--

.....
(miejsowość, data) (podpis pracownika przyjmującego ofertę)

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