

ZAŁĄCZNIK Nr 1
do Ogłoszenia otwartego konkursu ofert
na realizację zadania z zakresu pomocy społecznej

.....
(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 (zgodna z ogłoszeniem konkursowym):

.....
.....
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
- ☐ 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, 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)
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):

.....

.....

.....

.....

.....

(brzmienie art. 145 ust. 6 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych – Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.- „wykorzystanie dotacji niezgodnie z przeznaczeniem wyklucza prawo otrzymania dotacji przez kolejne 3 lata, licząc od dnia stwierdzenia nieprawidłowego wykorzystania dotacji, z wyłączeniem dotacji celowych przyznawanych jednostkom samorządu terytorialnego na realizację: zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych ustawami, zadań własnych, których obowiązek dotowania z budżetu państwa wynika z odrębnych ustaw”

(podpis osoby/osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu podmiotu uprawnionego)

5.

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pracownika przyjmującego ofertę)

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