

.....  
(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. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym\* lub w innym rejestrze oraz numer i data wpisu lub rejestracji .....
6. nr NIP ..... nr REGON .....
7. Dokładny adres: miejscowość ..... ul. ....  
gmina ..... powiat ..... województwo .....
8. Tel. .... fax .....
- e-mail: ..... http:// .....
9. Nazwa banku i numer rachunku .....
- .....
10. Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu ( zawierania umów):  
.....  
.....
11. Nazwa, adres i telefon kontaktowy placówki bezpośrednio wykonującej zadanie, na które podmiot ubiegający się o środki finansowe:  
.....  
.....
12. Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)  
.....
13. 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 zapewniają 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 dot. oferta , lub zadania podobnego typu:

.....  
.....

10. Informacje na temat dot. 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) .....

tym:

.....

- wnioskowana wielkość środków finansowych ( w zł) - .....

- wielkość środków własnych ( w zł) - .....

- wielkość środków pozyskanych z innych źródeł - .....

### IV. Inne wybrane informacje dot. 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

.... Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków  
mających trudności w wypełnianiu  
swoich zadań

.... Inne .....

2. Typ działań – należy oznaczyć **X nie więcej niż 3** najważniejsze typy działań przy realizacji zadania:

.... Pomoc finansowa

.... Pielęgnacja

.... Pomoc rzeczowa

.... Praca socjalna

.... Pomoc żywnościowa

.... Animowanie działań samopomocowych  
w tym wydawanie posiłków

.... Usługi opiekuńcze w tym  
robienie zakupów, przygotowywanie  
posiłków, pomoc w czynnościach gospodarczych  
i porządkowych

.... Opieka pozaszkolna nad dziećmi

.... Pomoc w zakresie poradnictwa  
i informacji

.... Szkolenie dla kadry pomocy społecznej

.... Szkolenie 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 załatwieniu spraw urzędowych,  
uzyskaniu świadczeń socjalnych,  
emerytalno- rentowych

.... Mieszkania chronione

.... Inne.....

3. Liczbowe określenie 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 rocznie):

.....  
.....

4. Ogólna liczba osób pracujących przy realizacji zadania ....., w przeliczeniu na pełne etaty  
..... w tym wolontariusze ....., w przeliczeniu na pełny etat .....

5. Opis bazy lokalowej ( wyłącznie dla placówek opieki stacjonarnej , dziennej oraz noclegowni):

1. Rodzaj obiektu

.....  
.....

2. Powierzchnia użytkowa w m .....

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 (w zł)**

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)*
O g ó ł e m				

## VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania

Źródło	Kwota ( w zł)	Udział środków w %
Wnioskowana kwota środków finansowych		
Posiadane środki własne (na jakich zasadach przyznano)		
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>		

## 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 6 miesiące od daty uzyskania)
2. Sprawozdanie finansowe za ostatni rok
3. Statut uprawnionego
4. ....
5. ....

**XI. Oświadczam/my, że:**

- 1) proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności statutowej naszej organizacji podmiotu/\*jednostki organizacyjnej/\*,
- 2) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia w 2008 roku.

(pieczęć organizacji pozarządowej/\* podmiotu/\* jednostki organizacyjnej/\*)

.....

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji pozarządowej/\* podmiotu/\* jednostki organizacyjnej/\*)

**XII. Załączniki i ewentualne referencje:**

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.
2. Sprawozdanie finansowe (bilans, rachunek wyników lub rachunek zysków i strat, informacja dodatkowa) za ostatni rok.
3. ....
4. ....

**XIII. Poświadczenie złożenia oferty**

--

**XIV. Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)**

--

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis pracownika przyjmującego ofertę)