

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.
- 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)

w 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 mających trudności w wypełnianiu swoich zadań | Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków |
| 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 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 | 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 tygodniowo):

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

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

5. Opis bazy lokalnej (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 wnioskowanych środków finansowych (w zł)	W tym ze środków własnych, (w zł)*
Ogółem				

VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania

Źródło	Kwota (w zł)	Udział w środkach 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		
Ogółem:		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 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)

*niepotrzebne skreślić