

.....
(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 dotację*.....
.....
- 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 lokalowej (wyłącznie dla placówek opieki stacjonarnej , dziennej oraz noclegowni):
 1. Rodzaj obiektu
.....
.....
 2. Powierzchnia użytkowa w 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 (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)*
Ogółem				

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		
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 3 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 2009 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