

427

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 8 marca 2005 r.

w sprawie określenia wzoru oferty podmiotu uprawnionego

Na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593,

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Załącznik do rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. (poz. 427)

WZÓR

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....
(data i miejsce złożenia oferty)

OFERTA PODMIOTU UPRAWNIIONEGO

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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Osoby niepełnosprawne i chore | <input type="checkbox"/> Osoby i rodziny wymagające interwencji kryzysowej |
| <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 posiłków | <input type="checkbox"/> Animowanie działań samopomocowych |
| <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 informacji | <input type="checkbox"/> Szkolenia dla kadry pomocy społecznej |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia dla osób objętych pomocą lub ich opiekunów | <input type="checkbox"/> Zbieranie i przetwarzanie informacji ważnych dla funkcjonowania pomocy społecznej |
| <input type="checkbox"/> Terapia/rehabilitacja | <input type="checkbox"/> Finansowanie działań innych organizacji i instytucji |
| <input type="checkbox"/> Opieka stacjonarna | <input type="checkbox"/> Specjalistyczne usługi opiekuńcze |
| <input type="checkbox"/> Opieka półstacjonarna (dzienna) | <input type="checkbox"/> Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych |
| <input type="checkbox"/> Mieszkania chronione | <input type="checkbox"/> 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)
OGÓLEM:				

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		
OGÓLEM:		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)

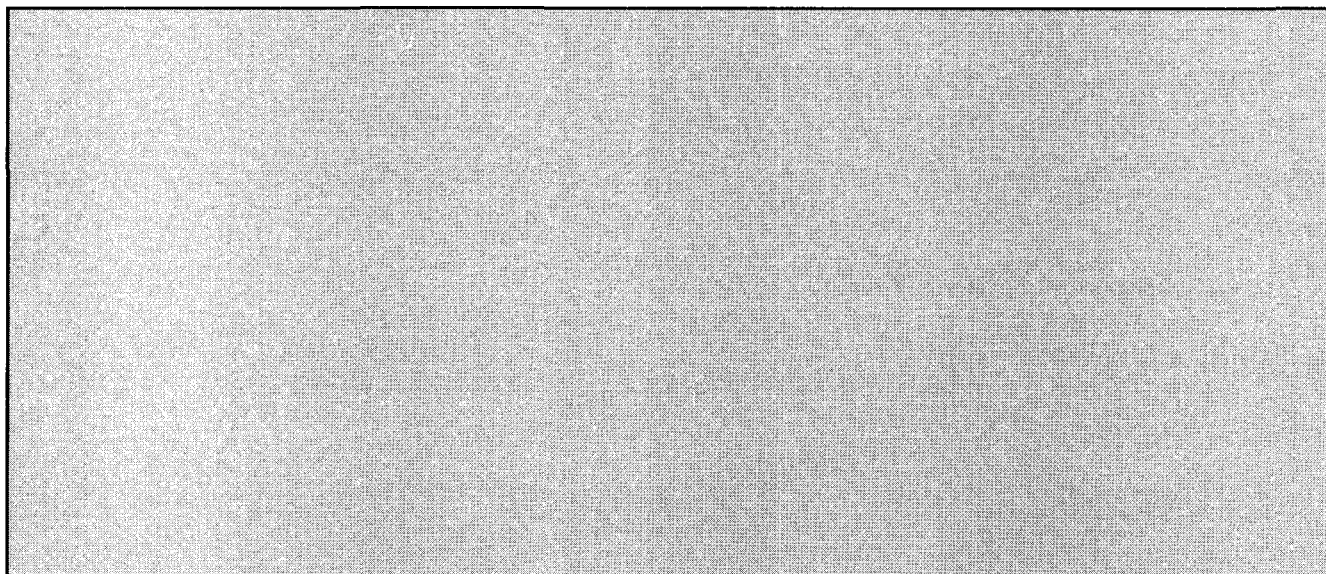
.....
(podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli
w imieniu podmiotu uprawnionego)

X. Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny wyciąg z rejestru lub ewidencji (ważny do 3 miesięcy od daty uzyskania)
2. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe za ostatni rok
3. Statut podmiotu uprawnionego.....
4.
5.

XI. Poświadczenie złożenia oferty (miejscowość, data, podpis – wypełnia organ):

.....
.....

XII. Adnotacje urzędowe:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pracownika przyjmującego ofertę)

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