

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

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

OFERTA
PODMIOTU UPRAWNIONEGO
na dofinansowanie z budżetu Samorządu Województwa Świętokrzyskiego
realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej

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:

--

3. Szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania:

. 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:

<input type="checkbox"/> Osoby bezdomne	<input type="checkbox"/> Osoby w podeszłym wieku
<input type="checkbox"/> Osoby ubogie	<input type="checkbox"/> Uchodźcy
<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.