

Dz.U.05.44.427

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 8 marca 2005 r.

w sprawie określenia wzoru oferty podmiotu uprawnionego

(Dz. U. z dnia 21 marca 2005 r.)

Na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001 i Nr 273, poz. 2703) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wzór oferty podmiotu uprawnionego, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

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

- ¹⁾ Minister Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej - zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 265, poz. 2643).
- ²⁾ Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 czerwca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i form współdziałania administracji publicznej z innymi podmiotami oraz wzorów ofert, umów i sprawozdań z realizacji zadań pomocy społecznej (Dz. U. Nr 55, poz. 662), zachowane w mocy na podstawie art. 159 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001 i Nr 273, poz. 2703).

ZAŁĄCZNIK

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.
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:
.....
.....
4. 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 | <input type="checkbox"/> Szkolenia dla kadry
pomocy społecznej |

- informacji
- [] Szkolenia 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 załatwianiu spraw urzędowych, uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych
- [] Mieszkania chronione [] 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	Koszt	W
tym wydatki z	W tym ze	(w zł)	
wnioskowanej	kalkulacji		
	środków		
dotacji	własnych		
zł)	(w zł)		(w

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.