

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

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.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 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).

<sup>2)</sup> 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).

**ZALĄCZNIK**

**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<br>i chore   | <input type="checkbox"/> Osoby i rodziny<br>wymagające interwencji<br>kryzysowej                               |
| <input type="checkbox"/> Osoby bezrobotne   | <input type="checkbox"/> Ofiary przemocy w<br>rodzinie   |
| <input type="checkbox"/> Osoby samotnie<br>wychowujące dzieci   | <input type="checkbox"/> Organizacje i instytucje<br>prowadzące działalność<br>w zakresie pomocy<br>społecznej |
| <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież z<br>rodzin mających<br>trudności w<br>wypełnianiu<br>swoich zadań | <input type="checkbox"/> Uzależnieni od alkoholu<br>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,<br>w tym wydawanie<br>posiłków  | <input type="checkbox"/> Animowanie działań<br>samopomocowych   |
| <input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze,<br>w tym robienie zakupów,<br>przygotowywanie<br>posiłków,<br>pomoc w czynnościach<br>gospodarczych i<br>porządkowych | <input type="checkbox"/> Opieka pozaszkolna nad<br>dziećmi  |
| <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie<br>poradnictwa i<br>informacji  | <input type="checkbox"/> Szkolenia dla kadry<br>pomocy społecznej   |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia dla osób<br>objętych pomocą lub<br>ich opiekunów   | <input type="checkbox"/> Zbieranie i przetwarzanie<br>informacji ważnych dla<br>funkcjonowania pomocy<br>społecznej |
| <input type="checkbox"/> Terapia/rehabilitacja  | <input type="checkbox"/> Finansowanie działań<br>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 (m<sup>2</sup>) [ ]
- 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) |
|----------------|---|--------------|---|----------------------------------|
|                |   |              |   |                                  |
| <b>OGÓŁEM:</b> |   |              |   |                                  |

**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):<br>1) publiczne - wymienić<br>2) niepubliczne - wymienić |  |      |
| <b>OGÓŁEM:</b>  |  | 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)

\_\_\_\_\_