

WZS	<p style="text-align: center;">OFERTA O DOTACJE Z BUDŻETU GMINY DĄBROWA GÓRNICZA NA REALIZACJĘ ZADANIA PUBLICZNEGO</p>	
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

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

OFERTA PODMIOTU UPRAWNIONEGO
składana na podstawie przepisów Ustawy z dnia 12 marca 2004r.
o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn.zm.)

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):

..... funkcja

..... funkcja

..... funkcja.....

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"/> Mieszkania chronione |
| <input type="checkbox"/> Pomoc rzeczowa | <input type="checkbox"/> Pielęgnacja |
| <input type="checkbox"/> Pomoc żywnościowa, w tym wydawanie posiłków | <input type="checkbox"/> Praca socjalna |
| <input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze, w tym robienie zakupów, przygotowywanie posiłków | <input type="checkbox"/> Animowanie działań samopomocowych |
| <input type="checkbox"/> 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"/> 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)
Ogółem:				

VI. Kosztorys za względu na źródło finansowania zadania

Źródło finansowania:	Kwota (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		
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 lub podpisy osób
upoważnionych 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 wypełnić odrębnie dla każdej placówki

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam (-my), że:

1. proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności statutowej naszej podmiotu
2. podmiot jest związany niniejszą ofertą przez okres do dnia
3. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....
(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób
upoważnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu podmiotu)

.....
(miejscowość, data)

	ZAŚWIADCZENIE O NIE ZALEGANIU Z PŁATNOŚCIAMI	
--	----------------------------------------------	--

Dąbrowa Górnicza, dn.

.....

pieczęć podmiotu

**Urząd Miejski w Dąbrowie Górniczej
Wydział Wymiaru, Ewidencji i Egzekucji
Referat Ewidencji Podatków i Opłat**

Oświadczenie

Zarząd

z siedzibą w

w związku z ubieganiem się o dotację z budżetu gminy Dąbrowa Górnicza w roku 2006 na realizację zadania z zakresu pomocy społecznej oświadcza, iż nie jest podatnikiem Urzędu Miasta i nie zalega z żadnymi opłatami w stosunku do budżetu gminy.

Niniejsze oświadczenie, potwierdzone za zgodność w Wydziale Wymiaru, Ewidencji i Egzekucji Urzędu Miejskiego w Dąbrowie Górniczej, przedkłada się w Wydziale Zdrowia i Pomocy Społecznej jako załącznik do oferty o dotację z budżetu gminy Dąbrowa Górnicza.

Za Zarząd

Potwierdzenie danych przez Referat Ewidencji Podatków i Opłat

.....

Za zgodność danych :

.....