

WZS	<p style="text-align: center;"><b>OFERTA O DOTACJE Z BUDŻETU GMINY DĄBROWA GÓRNICZA NA REALIZACJĘ ZADANIA PUBLICZNEGO</b></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 (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 )
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. w ramach składanej oferty przewidujemy pobieranie\*/niepobieranie\* opłat od adresatów zadania,
3. podmiot jest związany niniejszą ofertą przez okres do dnia .....
4. 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)

\* niepotrzebne skreślić

	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 :

.....