

**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., Nr 44, poz. 427)

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 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 | <input type="checkbox"/> Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków                                       |

trudności w  
wypełnianiu  
swoich zadań

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<br>instytucji                                          |
| <input type="checkbox"/> Opieka stacjonarna                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Specjalistyczne usługi<br>opiekuńcze                                                                |
| <input type="checkbox"/> Opieka półstacjonarna<br>(dzienna)                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Pomoc w załatwianiu spraw<br>urzędowych, uzyskaniu<br>świadczeń socjalnych,<br>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 (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: [     ]



.....  
.....  
.....

**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.