*WZÓR*

Zał. nr 1 do *Programu oraz załącznik do Ogłoszenia o otwartym konkursie ofert w ramach Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”- edycja 2020-2021 z dnia 3.12.2020 r.*

Oferta realizacji zadania publicznego w ramach Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020–2021

w roku 2021 r.

**POUCZENIE co do sposobu wypełniania oferty:**

Ofertę należy wypełnić począwszy od wskazania roku oraz poprzez wypełnienie białych pustych pól, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach lub w przypisach.

**I. Dane oferenta**

|  |
| --- |
| **1. Nazwa oferenta, forma prawna, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby, strona www, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu** |
|  |
| **2. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty** (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej) |  |

## II. Opis zadania publicznego

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Termin realizacji zadania publicznego** | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |
| **2. Syntetyczny opis zadania** (należy wskazać i opisać: miejsce realizacji zadania, grupę docelową, adekwatność oferty w odniesieniu do celów Programu, komplementarność z innymi działaniami podejmowanymi przez organizację) |
|  |
| **3. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego**1) Co będzie bezpośrednim efektem realizacji zadania zgodnym z celami Programu?2) Czy minimum 70% uczestników ww. Programu będą stanowiły osoby niepełnosprawne wymagające wysokiego poziomu wsparcia, w tym osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi i trudnościami związanymi z mobilnością i komunikacją?3) Jak realizacja zadania wpłynie na funkcjonowanie uczestników Programu w środowisku? |
|  |

**III. Charakterystyka oferenta**

|  |
| --- |
| **1. Informacja o wcześniejszej działalności oferenta, w szczególności w zakresie, którego dotyczy zadanie publiczne** |
| Wykaz wykonanych usług/innej formy wsparcia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert (zał. do ogłoszenia o otwartym konkursie ofert) |
| **2. Zasoby kadrowe, rzeczowe i finansowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji zadania** |
| Zasoby kadrowe oferenta: Zasoby rzeczowe oferenta:Zasoby finansowe oferenta: |

## IV. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania publicznego

Oświadczam, że realizator Programu (podać nazwę oferenta)/jednostka centralna:

…………………………………………………………………………………………………...

jest podmiotem uprawnionym/nieuprawnionym do odliczenia podatku VAT, w związku z tym kwoty zawarte w kalkulacji przewidywanych kosztów realizacji zadania publicznego są kwotami netto/brutto.

|  |
| --- |
| IV. 1 Zestawienie kosztów realizacji zadania: |
| Koszt realizacji zadania:  |
| Ogólna liczba dorosłych osób z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi, które zostaną objęte usługami asystenta | Ogólna liczba dzieci do 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami wymienionymi w Programie, które zostaną objęte usługami asystenta | Planowana liczba asystentów | Koszt godziny usług asystenta | Liczba planowanych godzin usług asystenta | Ogółem koszt godzin usług asystenta |
|  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Koszty bezpośrednie, w tym: | Kwota w zł |
| 1. koszty godzin usług asystenta |  |
| 2. koszty biletów dla asystenta komunikacji publicznej/prywatnej orazkoszty przejazdu własnym/innym środkiem transportu |  |
| 3. koszty ubezpieczeń OC i NNW dla asystenta: |  |
| 4. koszty zakupu biletów na wydarzenia dla asystenta: |  |
| RAZEM KOSZTY BEZPOŚREDNIE |  |
| Koszty pośrednie w wysokości nieprzekraczającej 10% kosztów bezpośrednich |  |
| 1. koszty wynagrodzenia kadry administracyjnej: |  |
| 2. koszty wynagrodzenia koordynatora Programu: |  |
| 3. koszty oceny psychologicznej asystentów: |  |
| 4. koszty przeznaczone na zakup materiałów biurowych niezbędnych do realizacji Programu: |  |
| 5. koszty połączeń telefonicznych asystentów: |  |
| RAZEM KOSZTY POŚREDNIE |  |
| RAZEM kwota środków finansowych z Funduszu Solidarnościowegownioskowana przez organizację na realizację zadania (tj. suma kosztów bezpośrednich oraz kosztów pośrednich): |  |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IV.2 Źródła finansowania kosztów realizacji zadania: | Wartość (PLN) | Udział (%) |
| 1. Suma wszystkich kosztów realizacji zadania: |  | 100 |
| 2. Planowane dofinansowanie w ramach niniejszej oferty: |  |  |

## V. Inne informacje

|  |
| --- |
| **1. Deklaracja o zamiarze odpłatnego lub nieodpłatnego wykonania zadania publicznego****2. Inne działania, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty, w tym odnoszące się do kalkulacji przewidywanych kosztów oraz oświadczeń zawartych w sekcji VI (planowana liczba miesięcy realizacji zadania, liczba godzin na jednego uczestnika programu, miesięczny koszt biletów na jednego asystenta, liczba asystentów objętych oceną psychologiczną)**  |
|  |

**VI. Oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. proponowane zadanie publiczne będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta;
2. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega\* / zalega\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
3. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega\* / zalega\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;
4. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega\* / zalega\* z opłacaniem należności z tytułu składek na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Fundusz Solidarnościowy;
5. oferent zapewni personel do wykonywania usług asystenta o odpowiednich kwalifikacjach i w odpowiedniej liczbie zgodne z Programem;
6. oferent zapewnia, że znane są mu przepisy prawa regulującego przetwarzanie danych osobowych, w szczególności przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania;
7. oferent zapewnia, że dane osób fizycznych przetwarzane przez realizatora Programu, w szczególności dane osób będących asystentami, uczestnikami Programu albo opiekunami prawnymi będą udostępniane Ministrowi do celów co najmniej sprawozdawczych czy kontrolnych, a w przypadku udostępniania Ministrowi tych danych oferent zrealizuje w imieniu Ministra obowiązek wynikający z art. 14 RODO i poinformuje te osoby o przetwarzaniu ich danych przez Ministra; oraz że zrealizował ten obowiązek wobec **osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty;**
8. wobec oferenta nie toczy się postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne, a także wobec których nie jest prowadzona egzekucja sądowa i administracyjna;
9. dane zawarte w części I niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\*/ właściwą ewidencją\*;
10. wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
11. w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

## \* niepotrzebne skreślić

## Obligatoryjny załącznik:

Wykaz wykonanych usług/innej formy wsparcia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert – z dnia…………….

\*\* Lista dodatkowych dokumentów, które należy dołączyć do oferty znajduje się w dziale IX ogłoszenia o otwartym konkursie ofert w ramach ww. programu.

\*\*\* Zgodnie z Ogłoszeniem o otwartym konkursie ofert w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020–2021 wszystkie strony kopii dokumentów dołączonych do oferty powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę/y upoważnioną/e do składania w imieniu realizatora Programu oświadczeń woli. Poświadczenie powinno zawierać sformułowanie „za zgodność z oryginałem” i podpis/podpisy osoby/osób poświadczającej/cych.

 ........................................................ ………………….*..........................................................................*

Miejscowość, data

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