

URZĄD MIEJSKI W GOLINIE KANCELARIA OGÓLNA

Skierowano do .....

WPLYNĘŁO 17-08-2018

Skierowano do .....

WPLYNĘŁO 17-07-2018

L. dz/zal. 1863 Podpis .....

Podpis .....

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia.....(poz. ...)

Załącznik nr 1

## UPROSZCZONA OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

### **POUCZENIE co do sposobu wypełniania oferty:**

Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszczonymi przy poszczególnych polach oraz w przypisach.

Zaznaczenie gwiazdką, np.: „pobieranie\*/niepobieranie\*” oznacza, że należy skreślić niewłaściwą odpowiedź, pozostawiając prawidłową. Przykład: „pobieranie\*/niepobieranie\*”.

### I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie

1. Organ administracji publicznej, do którego adresowana jest oferta	Urząd Miejski w Golinie			
2. Tryb, w którym złożono ofertę	Art. 19a ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie			
3. Rodzaj zadania publicznego <sup>1)</sup>	Zadanie z zakresu pomocy społecznej, w tym pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans tych rodzin i osób.			
4. Tytuł zadania publicznego	Wsparcie żywnościowe potrzebujących			
5. Termin realizacji zadania publicznego <sup>2)</sup>	Data rozpoczęcia	01.08.2018r	Data zakończenia	25.10.2018r.

### II. Dane oferenta (-ów)

1. Nazwa oferenta (-ów), forma prawna, numer Krajowego Rejestru Sądowego lub innej ewidencji, adres siedziby oraz adres do korespondencji (jeżeli jest inny od adresu siedziby)	
Związek Stowarzyszeń Bank Żywności w Koninie, KRS ul. Przemysłowa 124D, 62-510 Konin	
2. Inne dodatkowe dane kontaktowe, w tym dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. numer telefonu, adres poczty elektronicznej, numer faksu, adres strony internetowej)	Joanna Piekarczyk- Dyrektor, kom 608864624, e-mail kbz@konrad.pl

### III. Zakres rzeczowy zadania publicznego

1. Opis zadania publicznego proponowanego do realizacji wraz ze wskazaniem, w szczególności celu, miejsca jego realizacji, grup odbiorców zadania oraz przewidywanego do wykorzystania wkładu osobowego lub rzeczowego
W ramach realizowanego zadania Bank Żywności w Koninie przekazywał będzie na teren gminy Golina żywność pozyskaną od producentów krajowych jak też zbiorów żywności i innych akcji. Pomoc adresowana będzie do podopiecznych Ośrodka Pomocy Społecznej w Golinie i organizacji pozarządowych współpracujących z MOPS. Z żywności skorzystają najbardziej potrzebujący mieszkańcy gminy, zweryfikowani i zakwalifikowani do pomocy przez MOPS oraz miejscowych sołtysów. W ramach zadania przeprowadzona zostanie akcja:

<sup>1</sup>) Rodzaj zadania zawiera się w zakresie zadań określonych w art. 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

<sup>2</sup>) Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni.

- a) Dzielimy się tym, co mamy- akcja pozyskania ziemioptodów wśród rolników, w zamian za organizację jednodniowych wycieczek dla dzieci ofiarodawców. Akcja zostanie przeprowadzona w przypadku zgłoszenia odpowiedniej ilości dzieci, a zebrane w niej ziemioptody trafią na zimowe zaopatrzenie wielu organizacji.

Na teren gminy przekazywać będziemy pełnowartościową żywność, z krótkim terminem przydatności do spożycia, niewłaściwie opakowaną, serie próbne, która zostanie przekazana dla odbiorców z gminy Golina.

## 2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

W wyniku realizowanego zadania najubożsi mieszkańcy gminy Golina otrzymają pomoc żywnościową, która zaspokoi ich potrzeby. Szacujemy, że z pomocy skorzysta ok. 600 osób wskazanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Golinie. Do potrzebujących zostanie przekazana żywność pochodząca od producentów krajowych, zbiórek żywności. W sumie na teren gminy prześlemy ok. 20 ton produktów spożywczych.

## IV. Szacunkowa kalkulacja kosztów realizacji zadania publicznego (w przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy)

Lp.	Rodzaj kosztu	Koszt całkowity (zł)	do poniesienia z wnioskowanej dotacji <sup>3)</sup> (zł)	do poniesienia ze środków finansowych własnych, środków pochodzących z innych źródeł, wkładu osobowego lub rzeczowego <sup>4)</sup> (zł)
	1. Wynagrodzenie koordynatora	7500,00	3000,00	4500,00
	2. Wynagrodzenie magazyniera	6000,00	2500,00	3500,00
	3. Wynagrodzenie księgowej	1500,00	1500,00	0,00
	4. Paliwo do samochodu służbowego, naprawy samochodów i wózków widłowych, Viatoll	1500,00	1000,00	500,00
	5. Materiały biurowe	200,00		200,00
	6. Znaczki pocztowe	100,00		100,00
	7. Telefon, internet	200,00		200,00
<b>Koszty ogółem:</b>		<b>17000,00</b>	<b>8000,00</b>	<b>9000,00</b>

Oświadczam(-y), że:

- 1) proponowane zadanie publiczne będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta;
- 2) w ramach składanej oferty przewidujemy pobieranie\*/niepobieranie\* świadczeń pieniężnych od adresatów zadania;
- 3) wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;

<sup>3)</sup> Wartość kosztów ogółem do poniesienia z dotacji nie może przekroczyć 10 000 zł.

<sup>4)</sup> W przypadku wsparcia realizacji zadania publicznego.

- 4) oferent\*/oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega (-ją)\*/zalega (-ją)\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
- 5) oferent\*/oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega (-ją)\*/zalega (-ją)\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne.

PREZES ZARZĄDU KBŻ

*Ireneusz Niewiarowski*

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

DYREKTOR BŻ w Koninie

*Joanna Piekarczyk*

Data ..... *16.04.2018v.* .....

**Załącznik:**

W przypadku gdy oferent nie jest zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym – potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktualnego wyciągu z innego rejestru lub ewidencji.