Załącznik nr 3

do Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

## *WZÓR*

Oferty realizacji zadania publicznego w ramach Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025

**Pouczenie co do sposobu wypełniania Oferty:**

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

W przypadku pól, które nie odnoszą się do podmiotu składającego ofertę, należy wpisać „nie dotyczy”.

* 1. **Podstawowe informacje o złożonej Ofercie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Organ administracji publicznej,**  **do którego jest adresowana Oferta** | Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej |
| **2. Cel projektu** | zorganizowanie i zrealizowanie działań mających na celu wspieranie aktywności zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. poz. 620) |

* 1. **Dane Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa Oferenta** |  |
| **2. Forma prawna** |  |
| **3. Rodzaj rejestru, wykazu albo innej formy ewidencji** **właściwej dla Oferenta oraz numer pod którym Oferent jest wpisany** |  |
| **4. Adres siedziby** |  |
| **5. Strona www** |  |
| **6. Adres do korespondencji** |  |
| **7. Adres e-mail** |  |
| **8. Numer telefonu** |  |
| **9. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących Oferty** (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej) |  |

1. **Diagnoza rynku i potrzeb opiekunów osób niepełnosprawnych na planowanym obszarze realizacji zadania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnoza sytuacji opiekunów osób niepełnosprawnych,**  **o których mowa w art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia** | | | | | |
| **Liczba dostępnych miejsc pracy na obszarze realizacji zadania** | | | | |  |
| **Liczba opiekunów osób niepełnosprawnych** | | | | |  |
| **Liczba ww. opiekunów osób niepełnosprawnych, którzy pozostają bez pracy** | | | | |  |
| **Liczba opiekunów osób niepełnosprawnych potencjalnie zainteresowanych wzięciem udziału w Programie** | | | | |  |
| **Obszary, w których jest największe zapotrzebowanie na lokalnym rynku pracy** | | | | |  |
| **Deklarowane potrzeby:** | | | | | |
| **Potrzeba 1** | |  | | | |
| **Potrzeba 2** | |  | | | |
| **Potrzeba 3** | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Diagnoza rynku usług** | | | | | |
| **Lp.** | **Działanie** | **Potencjalny usługodawca** | **Zakres oferowanej usługi** | **Koszt jednostkowy oferowanej usługi** | **Uzasadnienie wyboru/odrzucenia** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |

* 1. **Opis zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Tytuł zadania** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Termin realizacji zadania** | | | | Data rozpoczęcia |  | | | Data zakończenia |  |
| **2.1. Miejsce realizacji zadania** (miejscowość, gmina, powiat, województwo) | | | | |  | | | | |
| **3. Szczegółowy sposób realizacji zadania** (należy wskazać i opisać:  1) grupę docelową, sposób rozwiązywania jej problemów/zaspokajania potrzeb, komplementarność z innymi działaniami podejmowanymi przez Oferenta lub inne podmioty,  2) w jaki sposób zostaną zapewnione zasoby osobowe/ rzeczowe/lokalowe niezbędne do realizacji zadania) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **4. Zakres realizowanych działań** (należy wskazać Moduł I i/lub II wraz z wybranymi działaniami, które mają być realizowane) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **5. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania w 2025 r.** (należy wymienić i opisać w porządku logicznym wszystkie planowane działania oraz określić ich uczestników i miejsce ich realizacji) | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | | **Opis** | | | | **Grupa docelowa** | **Planowany termin realizacji działania w 2025 r.** | |
| a) |  | |  | | | |  |  | |
| b) |  | |  | | | |  |  | |
| c) |  | |  | | | |  |  | |
| d) |  | |  | | | |  |  | |
| e) |  | |  | | | |  |  | |
| f) |  | |  | | | |  |  | |
| 1. **Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania**   (należy opisać:   * 1. co będzie bezpośrednim efektem („usługi” zrealizowane na rzecz uczestników Programu) realizacji zadania?   2. jaka zmiana społeczna zostanie osiągnięta poprzez realizację zadania?   3. czy przewidywane jest wykorzystanie rezultatów osiągniętych w trakcie realizacji zadania w dalszych działaniach organizacji? (trwałość rezultatów zadania)) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **7. Dodatkowe informacje dotyczące rezultatów realizacji zadania** | | | | | | | | | |
| **Nazwa rezultatu** | | **Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (wartość** **docelowa)** | | | | **Sposób monitorowania rezultatów/źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika** | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |

* 1. **Charakterystyka Oferenta**

|  |
| --- |
| **1. Informacja o wcześniejszej działalności Oferenta, w szczególności w zakresie, którego dotyczy zadanie** (działania mające na celu wspieranie aktywności zawodowej osób bezrobotnych i biernych zawodowo przez okres co najmniej 3 lat (łącznie 36 miesięcy), przed dniem złożenia oferty na realizację Programu) |
|  |
| * 1. **Informacja o wcześniejszej działalności Oferenta, dotycząca prowadzenia, w ciągu 3 lat przed dniem złożenia oferty, działań mających na celu wspieranie aktywności zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych** (z dołączeniem dokumentów potwierdzających te działania, w tym:  1. dokumenty pochodzące od podmiotu trzeciego, niepowiązanego osobiście lub gospodarczo z podmiotem składającym ofertę i osobami wchodzącymi w skład jego władz lub będących jego właścicielami lub fundatorami, który zlecił podmiotowi realizującemu ofertę realizację działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami, z których treści wynika:    1. nazwa realizowanego przez podmiot składający ofertę przedsięwzięcia/projektu, z krótkim opisem jego przedmiotu;    2. w jakim okresie (daty dzienne) przedsięwzięcie/projekt był/jest realizowany przez podmiot składający ofertę;    3. kwota, którą podmiot składający ofertę został dofinansowany, w celu realizacji przedsięwzięcia/projektu; 2. sprawozdanie z realizacji przedsięwzięcia/projektu wraz z poświadczeniem podmiotu, który zlecił podmiotowi składającemu ofertę realizację działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami, o przyjęciu sprawozdania i prawidłowym rozliczeniu wykonanego przedsięwzięcia/projektu. |
|  |
| * 1. **Informacja o wcześniejszej działalności Oferenta, dotycząca prowadzenia przed dniem złożenia oferty, działań mających na celu wspieranie aktywności zawodowej osób bezrobotnych i biernych zawodowo** (w szczególności należy wskazać działania podjęte w okresie od 3 lat przed dniem złożenia oferty do co najmniej 9 lat przed dniem złożenia oferty; z dołączeniem dokumentów potwierdzających te działania, w tym:  1. dokumenty pochodzące od podmiotu trzeciego, niepowiązanego osobiście lub gospodarczo z podmiotem składającym ofertę i osobami wchodzącymi w skład jego władz lub będących jego właścicielami lub fundatorami, który zlecił podmiotowi realizującemu ofertę realizację działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami, z których treści wynika:    1. nazwa realizowanego przez podmiot składający ofertę przedsięwzięcia/projektu, z krótkim opisem jego przedmiotu;    2. w jakim okresie (daty dzienne) przedsięwzięcie/projekt był/jest realizowany przez podmiot składający ofertę;    3. kwota, którą podmiot składający ofertę został dofinansowany, w celu realizacji przedsięwzięcia/projektu; 2. sprawozdanie z realizacji przedsięwzięcia/projektu wraz z poświadczeniem podmiotu, który zlecił podmiotowi składającemu ofertę realizację działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami, o przyjęciu sprawozdania i prawidłowym rozliczeniu wykonanego przedsięwzięcia/projektu.) |
|  |
| **2. Informacja o wpisie do właściwego dla danego rodzaju podmiotu rejestru, wykazu albo innej formy ewidencji** (z uwzględnieniem dnia wpisu) |
|  |
| **3.Informacja o działalności podmiotu związanej z wspieraniem aktywności zawodowej w oparciu o dokument regulujący podstawy jego funkcjonowania** (np. statut, umowa, decyzja, uchwała, inny aktem prawny) |
|  |
| **4. Informacja o obszarze, na którym podmiot prowadzi działalność oraz obszar, na którym podmiot planuje realizować Program** |
|  |
| **5. Informacje o zdolności organizacyjnej podmiotu** (uzupełnić w przypadku podmiotów ekonomii społecznej, agencji zatrudnienia i instytucje szkoleniowych. Wykazać, że osiągnięto przychody w ostatnim zamkniętym roku obrotowym na poziomie co najmniej 300 000 złotych) |
|  |

* 1. **Kosztorys - kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Działanie** | | **Opis** | **Koszt jednostkowy [PLN]** | **Liczba osób** | **Razem** |
| **I.** | | **Koszty bezpośrednio związane z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł I) wskazanych w części IV pkt.5** | | | | | |
| I.1. | | Działanie 1 |  | |  |  |  |
| I.1.1. | | Koszt 1 |  | |  |  |  |
| I.1.2. | | Koszt 2 |  | |  |  |  |
| …… | | …… |  | |  |  |  |
| I.2. | | Działanie 2 |  | |  |  |  |
| I.2.1. | | Koszt 1 |  | |  |  |  |
| I.2.2. | | Koszt 2 |  | |  |  |  |
| …… | | …… |  | |  |  |  |
| I.3. | | Działanie 3 |  | |  |  |  |
| I.3.1. | | Koszt 1 |  | |  |  |  |
| I.3.2. | | Koszt 2 |  | |  |  |  |
| …… | | …… |  | |  |  |  |
| **Suma kosztów bezpośrednio związanych z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł I)** | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **II.** | **Koszty bezpośrednio związane z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł II) wskazanych w części IV pkt.5** | | | | | | |
| II.1. | | Działanie 1 |  | |  |  |  |
| II.1.1. | | Koszt 1 |  | |  |  |  |
| II.1.2. | | Koszt 2 |  | |  |  |  |
| …… | | …… |  | |  |  |  |
| I.2. | | Działanie 2 |  | |  |  |  |
| I.2.1. | | Koszt 1 |  | |  |  |  |
| I.2.2. | | Koszt 2 |  | |  |  |  |
| …… | | …… |  | |  |  |  |
| I.3. | | Działanie 3 |  | |  |  |  |
| I.3.1. | | Koszt 1 |  | |  |  |  |
| I.3.2. | | Koszt 2 |  | |  |  |  |
| …… | | …… |  | |  |  |  |
| **Suma kosztów bezpośrednio związanych z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł II)** | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **Podsumowanie kosztów realizacji zadania** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Suma wszystkich kosztów bezpośrednio związanych z realizacją działań objętych zadaniem (Moduł I i Moduł II)** |  |
| 2. | **Suma kosztów obsługi Programu** |  |
| 3. | **Suma wszystkich kosztów realizacji zadania** (1+2) |  |
|  | | |
| **Łączna liczba uczestników Programu** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Źródła finansowania kosztów realizacji zadania** | | | |
| **Lp.** | **Źródło finansowania kosztów realizacji zadania** | **Wartość [PLN]** | **Udział [%]** |
| 1. | Suma wszystkich kosztów realizacji zadania |  | 100 |
| 2. | Środki Funduszu Pracy, o które występuje Oferent, w celu realizacji zadania w ramach Programu |  |  |
| 3. | Wkład finansowy własny, który Oferent przeznaczy na realizację zadania (nie wlicza się wkładu, o którym mowa w części VII pkt. 2) |  |  |

1. **Inne informacje**

|  |
| --- |
| 1. **Opis przeznaczenia środków finansowych własnych/środków pochodzących z innych źródeł publicznych na realizację działań objętych zadaniem** (należy m.in. określić źródło pochodzenia tych środków)**.** |
|  |
| 1. **Czy Oferent zapewnia finansowanie ze środków własnych lub innych źródeł publicznych opieki dla osób z niepełnosprawnościami, w czasie nieobecności ich opiekunów, spowodowanej uczestniczeniem w działaniach wynikających z realizacji Programu?** (środki te nie są wliczane do środków finansowych własnych realizatora Programu, na realizację działań objętych zadaniem w ramach Programu (wkład finansowy własny)) |
|  |
| 1. **Dodatkowe informacje Oferenta.** |
|  |

1. **Wymagane załączniki:**

1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących;

2) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;

3) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz o niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

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

(*data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę*)

……........................, dnia ................................... r.

**OŚWIADCZENIA**

***dołączane do oferty***

Ja, …………………………………………………………………………………………………………………………………………. (*imię i nazwisko*)

niżej podpisany/-a reprezentujący/-a

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

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

(*nazwa i adres siedziby podmiotu składającego ofertę*)

**oświadczam, że:**

1. zapoznałem/am się z treścią Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 oraz treścią Ogłoszenia o konkursie ofert w ramach Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025;
2. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
3. nie jestem osobą karaną, objętą zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie jestem osobą karaną za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
4. mam świadomość publikacji na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny, Pracy   
   i Polityki Społecznej nazwy podmiotu składającego ofertę, który reprezentuję, przedmiotu finansowania oraz jego kwoty;
5. podmiot składający ofertę, który reprezentuję jest uprawniony do złożenia oferty w Konkursie ofert w ramach Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025.

Niniejszym załączam aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

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

(*data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę*)