|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | Burmistrz Czechowic - Dziedzic | | | | |
| **2. Rodzaj zadania publicznego**1) | Ochrona zdrowia – działania na rzecz osób niepełnosprawnych | | | | |
| **II. Dane oferenta(-tów)** | | | | | |
| **1. Nazwa oferenta(-tów), forma prawna, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby, strona www, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu** | | | | | |
| Stowarzyszenie Rodziców i Osób Niepełnosprawnych „WSPARCIE”,  Stowarzyszenie  Nr KRS 0000198968  ul. Traugutta 11  43-502 Czechowice – Dziedzice  Tel. 505 820 674 | | | | | |
| **2. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty** (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej) | | Bekas Anna  ul. Kossaka 13  43-502 Czechowice – Dziedzice  Tel. 505 820 674  annabekas@op.pl | | | |
| **III. Zakres rzeczowy zadania publicznego** | | | | | |
| **1. Tytuł zadania publicznego** | | Rehabilitacja stacjonarna osób niepełnosprawnych | | | |
| **2. Termin realizacji zadania publicznego2)** | | Data  rozpoczęcia | 01.10.2020 | Data  zakończenia | 20.12.2020 |
| **3. Syntetyczny opis zadania (wraz ze wskazaniem miejsca jego realizacji)** | | | | | |
| W ramach zadania zrealizowane zostaną następujące punkty:   1. Zainstalowanie nowego sprzętu w punkcie rehabilitacyjnym – siedziba Stowarzyszenia przy ul. Traugutta 11 2. Stacjonarna rehabilitacja dzieci i młodzieży – punkt rehabilitacyjny przy ul. Traugutta 11 3. Instruktaż dla rodziców i opiekunów w prowadzeniu rehabilitacji – punkt rehabilitacyjny przy ul. Traugutta 11 | | | | | |
| 1) 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 450, z późn. zm.).  2) Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni. | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego** | | |
| **Nazwa rezultatu** | **Planowany poziom osiągnięcia**  **rezultatów (wartość**  **docelowa)** | **Sposób monitorowania rezultatów / źródło**  **informacji o osiągnięciu wskaźnika** |
| ułatwienie dostępu do nowoczesnego  i specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego | 14 uczestniku programu | Lista członków stowarzyszenia, którzy skorzystali z rehabilitacji |
| usprawnienie zaburzonych funkcji rozwojowych | 14 uczestniku programu | Informacja od rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych korzystających z rehabilitacji |
| uzyskanie specjalistycznych porad w zakresie rehabilitacji | 14 uczestniku programu | Informacja od rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych na temat usprawnieniach w rehabilitacji prowadzonej w domu |
|  | | | |
| **5. Krótka charakterystyka Oferenta, jego doświadczenia w realizacji działań planowanych w ofercie oraz zasobów, które będą wykorzystane w realizacji zadania** | | | |
| Stowarzyszenie od lat realizuje takie zadania publiczne jak:  - turnus rehabilitacyjny  - spotkanie Zajączkowe,  - Dzień Dziecka,  - Paraolimpiada  - spotkanie Mikołajkowo-Opłatkowe  - prowadzenie zajęć plastyczno-technicznych oraz kółek zainteresowań  - prowadzenie punktu rehabilitacyjnego,  - imprezy społeczne, wycieczki, ogniska, kulig,  - hipoterapia – lecznicze ćwiczenia.  **Zasoby, które będą wykorzystane w realizacji zadania:** Członkowie Zarządu Stowarzyszenia Rodziców i Osób Niepełnosprawnych „WSPARCIE”, rehabilitanci, pedagodzy. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. Szacunkowa kalkulacja kosztów realizacji zadania publicznego** | | | | | | | | |
|  | **Lp.** | **Rodzaj kosztu** | | **Wartość PLN** | | **Z dotacji** | **Z innych źródeł** |  |
| 1. | Sprzęt rehabilitacyjny  Sonda do laseroterapii IR 400mW/808nm | | 2 500,00 | |  |  |
| 2. | Sprzęt rehabilitacyjny  Sonda do laseroterapii R 80mW/660nm | | 1 720,00 | |  |  |
| 3. | Okulary ochronne do laseroterapii | | 740,00 | |  |  |
| 4. | Wioślarz | | 3 900,00 | |  |  |
| 5. | Rower rehabilitacyjny pionowy | | 2 500,00 | |  |  |
| 6. | Masażer Hand Massger Zepter | | 550,00 | |  |  |
| Suma wszystkich kosztów realizacji zadania | | | 11 910,00 | | 10 000,00 | 1 910,00 |
| **V. Oświadczenia**  Oświadczam(-my), że:  1) proponowane zadanie publiczne będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta(-tów);  2) ~~pobieranie świadczeń pieniężnych będzie się odbywać wyłącznie w ramach prowadzonej odpłatnej działalności pożytku publicznego;~~  3) oferent\* / ~~oferenci\*~~ składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / ~~zalega(-ją)\*~~ z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;  4) ~~oferent\* / oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / zalega(-ją)\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;~~  5) dane zawarte w części II niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\* / inną właściwą ewidencją\*;  6) wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;  7) w zakresie związanym ze składaniem 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. | | | | | | | | |  |  |  | 1 169,00 |
|  | | | Stowarzyszenie Rodziców i Osób Niepełnosprawnych „WSPRACIE”  PREZES  Anna Bekas  .............................................................................. |  | Data .02.10.2020 | | | |  |
| Stowarzyszenie Rodziców i Osób Niepełnosprawnych „WSPRACIE”  WICEPREZES  Kazimierz Urbański  .............................................................................. |  |
| .............................................................................. |  |
| (podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferentów) |  | | | |  |
|  |  |
|  | | | |