|  |
| --- |
| 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 polachoraz w przypisach.Zaznaczenie gwiazdką, np.: „pobieranie\*/niepobieranie\*” oznacza, że należy skreślić niewłaściwą odpowiedź, pozostawiającprawidłową. 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, stronawww, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu** |
| Stowarzyszenie Rodziców i Osób Niepełnosprawnych „WSPARCIE”, StowarzyszenieNr KRS 0000198968ul. Traugutta 1143-502 Czechowice – DziedziceTel. 505 820 674 |
| **2. Dane osoby upoważnionej do składaniawyjaśnień dotyczących oferty** (np. imię i nazwisko,numer telefonu, adres poczty elektronicznej) | Bekas Annaul. Kossaka 1343-502 Czechowice – DziedziceTel. 505 820 674annabekas@op.pl |
| **III. Zakres rzeczowy zadania publicznego** |
| **1. Tytuł zadania publicznego**  | Rehabilitacja stacjonarna osób niepełnosprawnych |
| **2. Termin realizacji zadania publicznego2)** | Datarozpoczęcia  | 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 pożytkupublicznego 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 będąwykorzystane 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** | **WartośćPLN** | **Z dotacji** | **Z innychźródeł** |  |
| 1. | Sprzęt rehabilitacyjnySonda do laseroterapii IR 400mW/808nm | 2 500,00 |  |  |
| 2. | Sprzęt rehabilitacyjnySonda 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”PREZESAnna Bekas .............................................................................. |  |  Data .02.10.2020 |  |
| Stowarzyszenie Rodziców i Osób Niepełnosprawnych „WSPRACIE”WICEPREZES Kazimierz Urbański.............................................................................. |  |
| .............................................................................. |  |
| (podpis osoby upoważnionej lub podpisyosób upoważnionych do składania oświadczeńwoli w imieniu oferentów) |  |  |
|  |  |
|  |