

TOWARZYSTWO PRZYJACIÓŁ DZIECI
KOŁO LECZNICZO-REHABILITACYJNE
48-340 GŁUCHOŁAZY
ul. Kościuszki 28-28a
NIP 7532281374

WPŁYNĘŁO
URZĄD MIEJSKI W GŁUCHOŁAZACH

09. 08. 2016

L.dz. II/...../14051 zał.....
Podpis

Załączniki do rozporządzenia Ministra
Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia
14 kwietnia 2016 r. (poz. 570)

Załącznik nr 1

WZÓR

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	Gminę Głucholazy z siedzibą w Głucholazach ul. Rynek 15			
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 publicznego¹⁾	Prowadzenie działań na rzecz dzieci i młodzieży niepełnosprawnej			
4. Tytuł zadania publicznego	Wsparcie zdrowia i rozwoju dzieci z niepełnosprawnością			
5. Termin realizacji zadania publicznego²⁾	Data rozpoczęcia	15.09.2016r	Data zakończenia	30.11.2016r.

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)	Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Koło Leczniczo-Rehabilitacyjne Dzieci Niepełnosprawnych OOR. Forma prawna stowarzyszenie. Nr. KRS OP.VIII NS-REJ/2500/05/662 , ul. Kościuszki 28-28a 48-340 Głucholazy		
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)	Marzena Radoń tel.667 810 524, Elżbieta Wiater tel. 530 280 158		

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 zadania planujemy zorganizować wizytę lekarza specjalisty oraz wykwalifikowanego fizjoterapeuty. Lekarz pomoże w diagnostyce w zakresie chorób towarzyszących niepełnosprawności oraz w miarę potrzeb pokieruje rodziców do innych specjalistów, na badania lub leczenie szpitalne. Fizjoterapeuta poprzez ćwiczenia ruchowe oraz masaże, stymulujące mięśnie i likwidujące zbędne napięcie doprowadzi dziecko do stanu relaksu i odprężenia. Dzięki fizjoterapeucie rodzice będą mogli poznać nowe ćwiczenia, które wykorzystają na co dzień ćwicząc dziecko. Założone zadania zostaną zrealizowane w sali, która zostanie użyczona w Centrum Twórczej Zabawy DWA KROKI w Głucholazach. Udział w zadaniu weźmie ok.20 dzieci z naszego Towarzystwa, które wymagają wsparcia i pomocy.

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.

²⁾ Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni.

2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

- ułatwienie rodzicom dalszego diagnozowania w zakresie chorób towarzyszących w niepełnosprawności,
- w razie konieczności pokierowanie rodzica do specjalisty bądź na leczenie szpitalne,
- uzyskanie skierowania na odpowiednie badania,
- polepszenie funkcjonowania dziecka w życiu codziennym,
- pomoc w dobraniu terapii odpowiadającej potrzebom dziecka ze względu na jego schorzenia,
- wspomaganie prawidłowej stymulacji układu nerwowego.

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 ³⁾ (zł)	do poniesienia ze środków finansowych własnych, środków pochodzących z innych źródeł, wkładu osobowego lub rzeczowego ⁴⁾ (zł)
	Wizyta lekarza specjalisty	1050.00	1000.00	50.00
	Ćwiczeni oraz masaże stymulujące mięśnie	2050.00	2000.00	50.00
Koszty ogółem:		3100.00	3000.00	100.00

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;
- 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.

Towarzystwo Przyjaciół Dzieci
KOŁO LECZNICZO-REHABILITACYJNE
w Głucholazach
Prezes: Marzena Radon
tel. 667 810 524
(podpis osoby upoważnionej
lub podpisy osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu
oferenta)

Towarzystwo Przyjaciół Dzieci
KOŁO LECZNICZO-REHABILITACYJNE
w Głucholazach
Z-ca Prezesa: Elżbieta Wiater
tel. 530 280 158

Data 08.08.2016r.

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.

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

⁴⁾ W przypadku wsparcia realizacji zadania publicznego.