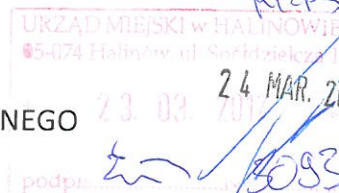


## UPROSZCZONA OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO



### 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 Halinowa			
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>	Przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym			
4. Tytuł zadania publicznego	„Po uśmiech i zdrowie...”			
5. Termin realizacji zadania publicznego <sup>2)</sup>	Data rozpoczęcia	04.09.2017r.	Data zakończenia	20.12.2017r.

### 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)	
Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych „KUBUŚ”, stowarzyszenie ,0000173131 , Długa Szlachecka, ul. Popieluszki 53 , 05-071 Sulejówek.	
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)	Urszula Puniewska – Prezes Zarządu tel. 668 463 759 Sylwia Szelaąg – Wiceprezes e-mail:stowarzyszenie.kubus@wp.pl http://www.kubus-halinow.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
Program rehabilitacyjny „Po uśmiech i zdrowie...” skierowany do 17 dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin , podopiecznych Stowarzyszenia , zamieszkałych na terenie gminy Halinów. Ideą przewodnią programu jest pomoc rodzinom dotkniętym niepełnosprawnością. W ramach projektu zaplanowano trzy grupowe zajęcia usprawniająco-relaksacyjne dla rodziców i rehabilitację dla dzieci niepełnosprawnych w Centrum Rehabilitacji „POD DĘBAMI” w Halinowie. Dla każdego podopiecznego przewidziano cykl spotkań składający się z dziesięciu wizyt indywidualnych. Ćwiczenia zostaną poprzedzone konsultacjami z lekarzem i dostosowane do dysfunkcji i schorzeń uczestników programu. Zajęcia usprawniająco-relaksacyjne dla rodziców pozwolą odreagować napięcia i częściowo ochronić układ nerwowy. Udział w poprzednich edycjach programu przyczynił się do poprawy zdrowia i samopoczucia naszych podopiecznych. Można zauważyć pozytywne zmiany w funkcjonowaniu dzieci i młodzieży, dlatego wskazana jest kolejna edycja projektu i dalsza rehabilitacja.

<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.

## 2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

Celem głównym programu jest pomoc niepełnosprawnym podopiecznym Stowarzyszenia. Będzie on realizowany poprzez rehabilitację ruchową, motywowania do wyjścia z domu, wspólne spędzanie czasu. Podopieczni Stowarzyszenia to osoby z różnorodnymi dysfunkcjami zdrowotnymi, w ich przypadku ważną sferą życiową jest rehabilitacja. Dzięki cyklowi zajęć rehabilitacyjnych nastąpi u dzieci: uaktywnienie fizyczne, wzmocnienie wytrzymałości i siły mięśniowej, poprawa koordynacji, orientacji w przestrzeni. Spotkania, w ramach programu pozwolą na niwelowanie poczucia wyobcowania w środowisku lokalnym.

## 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.	Zajęcia rehabilitacyjne (po 10 spotkań dla każdego uczestnika)	10 000,00	10 000,00	-
2.	Zajęcia usprawniająco-relaksacyjne dla rodziców prowadzone przez fizjoterapeutów	450,00	-	450,00
3.	Obsługa zadania – koordynator projekt	500,00	-	500,00
4.	Obsługa księgową	400,00	-	400,00
<b>Koszty ogółem:</b>		<b>11 350,00</b>	<b>10 000,00</b>	<b>1 350,00</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;
- 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** ..... **Wiceprezes**  
.....  
..... **Urszula Papińska** ..... **Sylwia Szlach**  
(podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu  
oferenta)

**STOWARZYSZENIE NA RZECZ  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
"KUBUŚ"  
05-071 Długa Szlachecka, ul. Popieluski 53  
NIP 822-211-32-69**

Data ..... **21.03.2017r** .....

<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.

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.