

uznając celowość zadania publicznego

AKCEPTACJA
WŁAŚCICIEL MIASTA
Grzegorz Płucha

M. D. Kubiś
6.07.2016

7.6.16
URZĄD MIASTA OSTROŁĘKI
Data wpływu
2016 -07- 05
Nr rej. Mdok 28159/07/2016
Ilość zał. 0
podpis Rpm

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	PREZYDENT MIASTA OSTROŁĘKI Pl. gen. Józefa Bema 1 07-400 Ostrołęka		
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 ¹⁾	Pomocy społecznej, działania na rzecz osób niepełnosprawnych		
4. Tytuł zadania publicznego	Organizowanie i prowadzenie transportu osób niepełnosprawnych: do lekarzy specjalistów i stomatologów poza granice miasta, dzieci niepełnosprawnych niespełniających warunków ustawy o systemie oświaty		
5. Termin realizacji zadania publicznego ²⁾	Data rozpoczęcia	27.07.2016	Data zakończenia 23.10.2016

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)	
OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH STOWARZYSZENIE 0000115946 07-410 OSTROŁĘKA UL. MAZOWIECKA 2	
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)	691041035 oson@o2.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
W 2016 roku chcemy kontynuować nasze bezpłatne usługi transportu osób niepełnosprawnych do szkół dla dorosłych i przedszkoli niespełniający zapisy art. 17 pkt. 3a ustawy o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r., nr 256,

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.

poz. 2572, ze zm.). Ponadto zabezpieczymy transport na zajęcia rehabilitacyjne. Znamy oczekiwania osób niepełnosprawnych rodziców i opiekunów co do zorganizowania transportu do lekarzy specjalistów oraz stomatologa. Ze zgłoszonymi chętnymi przeprowadzimy rozmowy ustalimy termin wizyty oraz sposób transportu do umówionego lekarza specjalisty lub stomatologa. Obecnie stowarzyszenie nasze posiada samochody przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych w tym osób na wózkach inwalidzkich. Transport osób niepełnosprawnych będzie odbywać się na następujących zasadach zgłaszania chętnych przez Urząd Miasta w Ostrołęce. By w pełni zabezpieczyć potrzeby wszystkich osób zainteresowanych tą formą pomocy stowarzyszenie nasze będzie prowadzić wspólne wyjazdy. Z przeprowadzonych przez nasze stowarzyszenie wywiadów badających zapotrzebowanie osób niepełnosprawnych w tej tak ważnej kwestii jakiej jest zdrowie i opieka medyczna wiemy, że transport osób niepełnosprawnych odbywać się będzie do Warszawy, Białegostoku oraz Płocka.

2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

Zakładanymi rezultatami zadania będzie zorganizowanie 8 wyjazdów (w promieniu 130 km w obie strony 260 km) dla osób niepełnosprawnych oraz opiekunów do lekarzy, stomatologów, na zajęcia lekcyjne, zajęcia rehabilitacyjne i turnusy rehabilitacyjne. W jednym wyjeździe będzie mogło wziąć udział od jednej do czterech osób niepełnosprawnych wraz z opiekunem. Rezultatem naszego zadania będzie aktywizacja osób niepełnosprawnych i ich rodzin w polepszeniu stanu zdrowia i komfortu życiowego. Zaspokojenie potrzeb rodziców dzieci niepełnosprawnych w wieku przedszkolnym w transporcie do przedszkoli. Zapewnienie transportu na zajęcia rehabilitacyjne. Co z kolej pozwoli na lepszą integrację społeczną oraz uaktywni zawodowo osoby niepełnosprawne. Podniesie stan zdrowia i wykształcenia osób niepełnosprawnych. Polepszy sytuację zarówno zdrowotną jak i ekonomiczną poprzez zaoszczędzeniu na koszcie związanym z transportem do lekarza specjalisty lub stomatologa. Wydłużenie życia osobom niepełnosprawnym przez zapewnienie lepszej specjalistycznej opieki medycznej. Przy realizacji zadania będą pomagali nam wolontariusze około 100 godzin.

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)
1.	WYNAGRODZENIE KIEROWCY	2.000,00	2.000,00	0,00
2.	ZAKUP PALIWA	2.000,00	2.000,00	0,00

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

⁴⁾ W przypadku wsparcia realizacji zadania publicznego.

3.	KOSZTY EKSPLOATACJI	1.000,00	1.000,00	0,00
4.	PRACA 2 WOLONTARIUSZY (100 GODZIN)	1.200,00	0,00	1.200,00
Koszty ogółem:		6.200,00	5.000,00	1.200,00

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.

OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Prezes

.....

..... *Jakub Orzół*

.....

(podpis osoby upoważnionej

lub podpisy osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu

oferenta)

OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

07-410 Ostrołęka, ul. Mazowiecka 2

tel. 29 766 59 18

NIP 7592061769, Regon 551257092

Konto BGZ 38 2030 0045 1110 0000 0018 4400

Data *05.07.2016r.*

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.