

Uznaję celowość realizacji zadania publicznego i stęcam jego wykonanie.

Aleksijsz
WICEPREZYDENT MIASTA
Grzegorz

URZĄD MIASTA OSTROŁĘKI
DATA WPLYWU 12.10.2018
Nr referatowy 64864/10/2018
Data 10
podpis

PREZYDENT MIASTA
J. Kotowski
Janusz Kotowski

P. M. Albrecht
2018.10.12

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			
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	01.11.2018	Data zakończenia	30.11.2018

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, Numer KRS 0000115946, adres ul. Mazowiecka 2 07-410 Ostrołęka	
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)	Paweł Szymendera, tel. 29 766 59 18 e-mail: 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
Planujemy, że ogółem będzie to jednorazowy wyjazd dla osób niepełnosprawnej plus opiekun. Projekt dotyczy zorganizowania wyjazdu do lekarzy specjalistów lub stomatologa.
2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

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.

Osiągniętymi rezultatami zadania będzie zorganizowanie 1 wyjazdu (promieniu 320 km) dla osoby niepełnosprawnej oraz opiekuna do lekarzy specjalistów i stomatologów poza granice miasta, 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 zaoszczędzenie na koszcie związanym z transportem do lekarzy specjalistów lub stomatologów.

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 (umowa zlecenia)	120,00	0,00	120,00
2.	Zakup paliwa samochodu (olej napędowy)	490,00	490,00	0,00
3.	Koszty eksploatacji (średni na miesiąc przeglądy, naprawy i ubezpieczenie)	100,00	0,00	100,00
Koszty ogółem:		710,00	490,00	220,00

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.....

.....**V-ce Prezes**.....
(podpis osoby upoważnionej
lub podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu
oferenta)

OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
07-410 Ostrołęka, ul. Mazowiecka 2
tel. 29 766 59 18
NIP 7592061759, Regon 551257092
Konto BGZ 38 2030 0045 1110 0000 0018 4400

Data 12.10.2018.....

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.