

Załącznik nr 1

**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**

<b>1. Organ administracji publicznej, do którego jest adresowana oferta</b>	Prezydent Miasta Kielce
<b>2. Rodzaj zadania publicznego<sup>1)</sup></b>	z zakresu: ochrona i promocja zdrowia

**II. Dane oferenta(~~ów~~)**

<b>1. Nazwa oferenta(<del>ów</del>), forma prawna, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby, strona www, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu</b>	
Świętokrzyskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom, Młodzieży, Dorosłym z Cukrzycą i z Innymi Schorzeniami w Kielcach, KRS 0000020049, ul. Warszawska 99/42, 25-543 Kielce 5 skr. 2 Forma prawna: stowarzyszenie OPP	
<b>2. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej)</b>	Zofia Łachut – 609-309-229, ml27@wp.pl Konto bankowe: Plus Bank S.A. o numerze: <b>91 1680 1062 0000 3000 1280 3958</b>

**III. Zakres rzeczowy zadania publicznego**

<b>1. Tytuł zadania publicznego</b>	„Dbam o zdrowie „			
<b>2. Termin realizacji zadania publicznego<sup>2)</sup></b>	Data rozpoczęcia	02.11.2019	Data zakończenia	30.11.2019
<b>3. Syntetyczny opis zadania (wraz ze wskazaniem miejsca jego realizacji)</b>				
W ramach realizacji zadania publicznego proponujemy szkolenie edukacyjne w formie wyjazdowej do Bukowiny Tatrzańskiej w miesiącu listopad 2019r - 3 dniowe. Odbiorcami będzie grupa 20 osób przewlekle chorych z cukrzycą i z innymi schorzeniami, zdrowi (w tym 2 osoby kadry). Będą to; dzieci, młodzież, opiekunowie, dorośli, mieszkańcy Gminy Kielce. Osoby biorące udział w zadaniu z uwagi na wiele czynników mają ograniczone możliwości				

<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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 450, z późn. zm.).

<sup>2)</sup> Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni.

uczestnictwa w takich wyjazdach. Głównym czynnikiem są wysokie koszty leczenia związane z chorobą.

Ważnym elementem będzie również poruszanie tematu związanego z profilaktyką, leczeniem, któremu dobrze służyć będą cykliczne spotkania, które przyczynią się do opóźnienia powikłań związanych z chorobą. Uczestnicy szkolenia wyjazdowego naberą nową wiedzę i umiejętnością na drodze praktycznych doświadczeń.

Osoby będące uczestnikami zadania nie mają praktycznie możliwości brania udziału w wyjazdach bez rodziców, czy też najbliższej rodziny. Dzięki temu wyjazdowi będą mieli możliwość samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach codziennych, jak również będą mieli możliwość wzajemnej wymiany doświadczeń. Uczestnicy na szkolenie wyjazdowe dojadą do ośrodka własnym transportem. Szkolenia uczestników odbędą się w Sali dostosowanej do szkoleń do południa i po południu wraz z pobytem i wyżywieniem w Ośrodku -Bukowinie Tatrzańskiej .Dostaną materiały szkoleniowe w formie tabel, ulotek informacyjnych o zdrowiu.

Kadra - 2 osoby - praca społeczna o dużym doświadczeniu -realizująca z nami wcześniejsze projekty o podobnej tematyce. Trenerzy szkoleń zaprezentują najlepsze metody i systemy ułatwiające codzienne życie osobom chorym ,opiekunom.

#### **CELE:**

- Rozwijanie umiejętności radzenia sobie z nowymi sytuacjami
- Prowadzenie działań edukacyjnych na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia
- Stworzenie możliwości nabycia nowej wiedzy i umiejętności na drodze praktycznych doświadczeń
- Poprawa samodzielności uczestników zwłaszcza w zakresie czynności samoobsługowych związanych z chorobą
- Integracja grupy uczestników

#### **Program zajęć:**

##### **I DZIEŃ**

- Zajęcia edukacyjne: jak postępować w nawiązywaniu kontaktu z osobą chorą w szkole, jak i środowisku społecznym ( cukrzyca ,inne schorzenia)
- Ognisko integracyjne i zademonstrowanie wartościowych form spędzania czasu wolnego, pokazanie jak ważne jest nawiązywanie więzi i relacji dla zdrowia każdego człowieka.

## **II DZIEŃ**

- Zajęcia warsztatowe – „Samokontrola i profilaktyka, mająca na celu zapobieganie powikłaniom” – nawyki codziennych czynności związanych z chorobą
- Układanie zdrowej żywności na talerzu –poznanie i prawidłowe przygotowanie posiłku.

## **III DZIEŃ**

- Zajęcia warsztatowe – Skuteczne, prawidłowe stosowanie urządzeń medycznych pomocnych w leczeniu cukrzycy i innych schorzeń
- W ramach odprężenia i relaksu pomiędzy zajęciami proponujemy spacer, zwiedzanie okolic jako element aktywności fizycznej.

### **4. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego**

<b>Nazwa rezultatu</b>	<b>Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (wartość docelowa)</b>	<b>Sposób monitorowania rezultatów / źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika</b>
Szkolenia z zakresu upowszechniania wiedzy na temat zdrowia	Liczba uczestników 18	komplet materiałów z zajęć edukacyjnych do archiwizacji w dokumentacji Stowarzyszenia
Poprawa samodzielności uczestników zwłaszcza w zakresie czynności samoobsługowych związanych z chorobą	Liczba uczestników 18	komplet materiałów z zajęć edukacyjnych do archiwizacji w dokumentacji Stowarzyszenia
Wzrost wiedzy wśród odbiorców- nabędzie nową wiedzę i umiejętności związane z chorobą na drodze praktycznych doświadczeń:  - stosowanie prawidłowo urządzeń pomocnych w cukrzycy - stosowanie prawidłowych zasad przygotowywania i spożywania posiłków	Liczba uczestników 18	komplet materiałów z zajęć edukacyjnych do archiwizacji w dokumentacji Stowarzyszenia  ogólna lista końcowa uczestników szkolenia

### **5. Krótka charakterystyka Oferenta, jego doświadczenia w realizacji działań planowanych w ofercie oraz zasobów, które będą wykorzystane w realizacji zadania**

Stowarzyszenie od 20 lat realizuje zadania o podobnej tematyce z zakresu ochrony i promocji zdrowia (konferencje, szkolenia, warsztaty. Do realizacji zadania zatrudniamy kadrę o dużym doświadczeniu w formie pracy społecznej członka stowarzyszenia, który zna bardzo dobrze tematykę szkolenia, jak również problemy ludzi chorych z cukrzycą i innymi schorzeniami. Dla uczestników szkolenia mamy pakiety szkoleniowe typu: tabele, ulotki informacyjne o zdrowiu.

#### IV. Szacunkowa kalkulacja kosztów realizacji zadania publicznego

Lp.	Rodzaj kosztu	Wartość PLN	Z dotacji	Z innych źródeł
1.	Koszt 1 pobyt ,wyżywienie uczestników	10 000,00		
2.	Koszt 2			
3.	Koszt 3			
4.	Koszt 4			
5.	Koszt 5			
<b>Suma wszystkich kosztów realizacji zadania</b>		10 000,00		0,00

#### V. Oświadczenia

Oświadczam(-my), że:

- 1) proponowane zadanie publiczne będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta(-ów);
- 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.

PREZES ZARZADU ..... WICEPREZES ZARZADU .....  
*Zofia Łachut* ..... *Andrzej...* .....  
 Data ..... 2019 .....

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferentów)

ŚWIĘTOKRZYSKIE STOWARZYSZENIE  
 POMOCY DZIECIOM, MŁODZIEŻY, DOROSŁYM  
 Z CUKRZYCĄ I Z INNYMI SCHORZENIAMI  
 25-543 Kielce 5 skr. 2, ul. Warszawska 99/42  
 REGON 290938922, NIP 657-23-41-219  
 tel. 609 309 229