

Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół  
Osób Niepełnosprawnych  
"DAR SERCA"  
42-242 Rędziny, ul. Działkowiczów 3  
TNS 240782962

.....  
(pieczęć organizacji pozarządowej\*  
/podmiotu\*/jednostki organizacyjnej\*)

|                                    |
|------------------------------------|
| Urząd Gminy<br>Rędziny             |
| Wpłynęło dn.<br>16.11.2010 RĘDZINY |

(data i miejsce złożenia oferty)

## OFERTA

### ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ\*/ PODMIOTU\*/JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ\*

#### REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO Zajęcia sportowe dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej

w okresie od 1 grudnia 2010 do 31 grudnia 2010

składana na podstawie przepisów działu II  
rozdziału 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r.  
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

(Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.)

W FORMIE  
POWIERZENIA WYKONYWANIA ZADANIA  
WSPIERANIA WYKONYWANIA ZADANIA

PRZEZ  
Wójta Gminy Rędziny

WRAZ Z  
WNIOSEM O PRYZNANIE DOTACJI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH  
W KWOCIE 7 000 zł

3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze\* 0000293444

4) data wpisu , rejestracji lub utworzenia 22.11.2007

5) nr NIP 949-206-35-53

nr REGON 240782962

6) dokładny adres: miejscowość **Rędziny**

ul. **Działkowiczów 3**

gmina **Rędziny**

powiat **Częstochowski**

województwo **Śląskie**

7) tel. **503-155-014**

e-mail: [dymickipiotr@tlen.pl](mailto:dymickipiotr@tlen.pl)

[http:// www.darserca.net](http://www.darserca.net)

8) nazwa banku i numer rachunku

**BZ WBK SA O/Częstochowa 19 1090 1795 0000 0001**

**0807 0958**

9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy o wykonanie zadania publicznego

**Joanna Kmiecik , Piotr Dymicki**

10) nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym mowa w ofercie

11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

**Joanna Kmiecik – 503-155-014**

12) przedmiot działalności statutowej:

a) działalność statutowa nieodpłatna

- pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych i wykluczonych społecznie,
- organizacji zajęć rehabilitacyjnych oraz warsztatów terapii zajęciowej,
- edukacji zdrowotnej, oświatowej, ekologicznej oraz sportowo-turystycznej,
- szkolenia wolontariuszy,
- doradztwa zawodowego dla osób niepełnosprawnych,
- organizacji zajęć psychologicznych i psychoterapeutycznych,
- działalności wydawniczej,
- działalności pozostałych organizacji członkowskich, gdzie indziej niesklasyfikowanej,

b) działalność statutowa odpłatna

- organizacji zamiejscowych turnusów rehabilitacyjnych,
- organizowanie imprez sportowych i rekreacyjnych,

13) jeżeli organizacja pozarządowa\*/ podmiot\*/ jednostka organizacyjna\*/ prowadzi działalność gospodarczą: **stowarzyszenie nie prowadzi działalności gospodarczej**

## II. Opis zadania

### 1. Nazwa zadania

Zajęcia sportowe dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej

### 2. Miejsce wykonywania zadania

Rędziny, powiat Częstochowski, województwo Śląskie,

### 3. Cel zadania

Celem zadania jest organizacja warsztatów terapii zajęciowej w formie kinezyterapii. W zajęciach uczestniczyć będzie około 16 beneficjentów ostatecznych. Są to osoby w wieku od 3 do 25 lat ze średnim lub znacznym stopniem niepełnosprawności. Każda z tych osób wymaga stałej i intensywnej rehabilitacji, aby osiągnąć poprawę stanu zdrowia umożliwiającą choćby ograniczone funkcjonowanie jako członkowie wspólnoty lokalnej.

### 4. Szczegółowy opis zadania /spójny z kosztorysem/

W ramach realizacji projektu planujemy przeprowadzenie 30 dwugodzinnych zajęć dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Będą to zajęcia warsztatowe prowadzone w formie kinezyterapii przez fizjoterapeutę z uprawnieniami do prowadzenia tego typu zadań. Stosowanie kinezyterapii umożliwia uzyskanie maksymalnej poprawy utraconej funkcji, przywrócenie prawidłowej mechaniki, ułatwia wystąpienie procesów kompensacji, zabezpiecza przed wykształceniem nieprawidłowych stereotypów ruchowych (np.: zespoły bólowe kręgosłupa) lub przywraca już utracone (np.: kontrola nerwowo-mięśniowa), umożliwia prawidłowy przebieg procesów przebudowy tkanek po urazach i operacjach, przeciwdziała wtórnym zmianom w układzie kostno-mięśniowym w postaci ograniczeń ruchu, zapobiega powikłaniom w układzie krążenia i oddychania które mogą wynikać z długiego unieruchomienia. Planujemy również przeprowadzenie 10 zabiegów dla 10 osób w formie zajęć masażu rozluźniającego dla uczestników zajęć sportowych.

5. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia/ wraz z liczbowym określeniem skali działań planowanych przy realizacji zadania /należy użyć miar adekwatnych dla danego zadania, np. liczba świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczba adresatów/

**Czas realizacji projektu obejmuje przedział od 1 grudnia 2010 roku do 31 grudnia 2010 roku. Przewidujemy w tym czasie przeprowadzenie 30 dwugodzinnych zajęć dla beneficjentów oraz wykonanie 10 zabiegów dla 10 osób. Zajęcia prowadzone będą w grupie maksymalnie 5 osób.**

**Etapy :**

- 15 listopada – 31 listopada 2010 – etap przygotowań, podpisanie umowy z osobą prowadzącą, rekrutacja uczestników,
- 01 grudnia 2010 - 31 grudnia 2010 – zajęcia dla beneficjentów
- 01 stycznia 2011 – 31 stycznia 2011 – rozliczenie projektu.

6. Zakładane rezultaty realizacji zadania.

**Projekt ma na celu usprawnienie podstawowych funkcji życiowych jak również komunikacji społecznej beneficjentów projektu. Z naszych doświadczeń wynika, że jest to jeden z najbardziej skutecznych sposobów aktywizacji i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu. Poprzez poprawę zdrowia a co za tym idzie jakości życia dajemy nowy zastrzyk nadziei i entuzjazmu tym którzy częstokroć stracili już całkowicie wiarę we własne siły i możliwość "normalnej", egzystencji. Zakładamy znaczącą poprawę zdrowia osób uczestniczących.**

**Efekt zależy od doboru ćwiczeń. Najczęściej jest to grupa reakcji. Oto niektóre z nich: zwiększenie siły mięśniowej, poprawa zakresu ruchu, poprawa czucia głębokiego, zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawa elastyczności i napięcia tkanek miękkich, zmniejszenie podwyższonego napięcia mięśni, podwyższenie poziomu endorfin, poprawa wydolności krążeniowo - oddechowej, zwiększenie wydzielania mazi stawowej, podwyższenie lub obniżenie ciśnienia krwi, nasilenie procesów przemiany materii, usprawnienie działania narządów układów trawienia i wydalania, hamowanie odruchów patologicznych, sprawniejsze gojenie tkanek.**

### III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

1. Całkowity koszt zadania

2. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

| Lp.    | Rodzaj kosztów<br>(koszty merytoryczne i administracyjne związane z realizacją zadania) | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt całkowity (w zł) | Z tego z wnioskowanej dotacji (w zł) | Z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł oraz wpłat i opłat adresatów (w zł)* |
|--------|---|-----------------|-------------------|--------------|------------------------|--------------------------------------|---|
| 1.     | <b>Wynagrodzenie osoby prowadzącej warsztaty</b>  | <b>60</b>       | <b>50 zł</b>      | <b>1 h</b>   | <b>3000</b>            | <b>3000</b>                          |   |
| 2.     | <b>Wynagrodzenie osoby wykonującej masaż rozluźniający</b>                              | <b>100</b>      | <b>40</b>         | <b>1 h</b>   | <b>4000</b>            | <b>4000</b>                          |   |
| Ogółem |   | -               | -                 | -            | <b>7000</b>            | <b>7000</b>                          |   |

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### IV. Przewidywane źródła finansowania zadania:

1.

| Źródło finansowania       | zł          | %           |
|---------------------------|-------------|-------------|
| Wnioskowana kwota dotacji | <b>7000</b> | <b>100%</b> |
|                           |             |             |
| Ogółem                    | <b>7000</b> | <b>100%</b> |

2. Informacja o uzyskanych przez organizację od sponsorów, środkach prywatnych lub publicznych, których kwota została uwzględniona w ramach środków własnych.\*

**nie dotyczy**

3. Rzeczowy /np. lokal, sprzęt, materiały/ oraz osobowy /np. wolontariusze/ wkład własny w realizację zadania z orientacyjną wyceną.

**Zadanie realizowane będzie w siedzibie Stowarzyszenia.**

## **V. Inne wybrane informacje dotyczące zadania**

1. Partnerzy biorący udział w realizacji zadania /ze szczególnym uwzględnieniem administracji publicznej/.

**nie dotyczy**

2. Zasoby kadrowe – przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadania /informacje o kwalifikacjach osób, które będą zatrudnione przy realizacji zadań oraz o kwalifikacjach wolontariuszy/.

**Przewidujemy w realizacji zadania pomoc wolontariuszy, współpracujących z naszą organizacją – około 5 osób.**

3. Informacja o tym, czy oferent przewiduje korzystanie przy wykonaniu zadania z podwykonawców /określenie rodzaju podwykonawców wraz ze wskazaniem zakresu, w jakim będą uczestniczyć w realizacji zadania/.

**W trakcie realizacji zadania korzystać będziemy z podwykonawców – kadry wyspecjalizowanego gabinetu rehabilitacji i fizjoterapii.**

**Oświadczam(-my), że:**

- 1) proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności naszej organizacji pozarządowej\*/ podmiotu\*/jednostki organizacyjnej\*/,
- 2) w ramach składanej oferty przewidujemy pobieranie\*/niepobieranie\* opłat od adresatów zadania,
- 3) organizacja pozarządowa\*/ podmiot\*/ jednostka organizacyjna\*/ jest związana(-ny) niniejszą ofertą przez okres do dnia .....
- 4) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Prezes Stowarzyszenia

Joanna Kmiecik

Vice PREZES

Piotr Dymicki

(pieczęć organizacji pozarządowej\*/ podmiotu\*/ jednostki organizacyjnej\*)

Osoba Niepełnosprawnych  
"DAR SERCA"  
42-242 Rędziny, ul. Działkowiczów 3  
IBS 240782982

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji pozarządowej\*/ podmiotu\*/ jednostki organizacyjnej\*)

**Załączniki i ewentualne referencje:**

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.
2. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe /bilans, rachunek wyników lub rachunek zysków i strat, informacja dodatkowa/ za ostatni rok.\*
3. Umowa partnerska lub oświadczenie partnera /w przypadku wskazania w pkt V.1. partnera/.\*
4. ....
5. ....

**Poświadczenie złożenia oferty**

**Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)**

\* Niepotrzebne skreślić.