

Departament Ochrony Zdrowia

11-09-2017

Wpłynęło dnia

Nr pisma

Podpis

*Podp. G. Siskanyk*  
*dys. pępek*

## 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 adresowana jest oferta</b>	ZARZĄD WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO			
<b>2. Tryb, w którym złożono ofertę</b>	Art. 19a ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie			
<b>3. Rodzaj zadania publicznego<sup>1)</sup></b>	SZKOLENIA DLA OPIEKUNÓW (W SZCZEGÓLNOŚCI CZŁONKÓW RODZIN) W ZAKRESIE OPIEKI NAD OSOBAMI ZALEŻNYMI, W TYM: OSOBAMI STARSZYMI, Z CHOROBAŁ Alzheimerą ORAZ INNYMI RODZAJAMI OTĘPIEŃ.			
<b>4. Tytuł zadania publicznego</b>	Grupy wsparcia na wyjeździe-szkolenia, warsztaty, zajęcia edukacyjne dla najbliższego otoczenia osób zależnych.			
<b>5. Termin realizacji zadania publicznego<sup>2)</sup></b>	Data rozpoczęcia	9.10.2017	Data zakończenia	8.12.2017

### II. Dane oferenta (-ów)

<b>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)</b>	
STOWARZYSZENIE „NASZE KOBYLANY” Kobylany 20/9 27-500 Opatów KRS 0000415551	
<b>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)</b>	TEL. 691 804 815

### III. Zakres rzeczowy zadania publicznego

<b>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</b>
Projekt skierowany jest do osób zamieszkujących województwo świętokrzyskie, będących najbliższym otoczeniem, opiekunami osób zależnych, z niepełnosprawnością intelektualną.  Realizacja projektu odbywać się będzie na terenie w województwa świętokrzyskiego w okresie od 9.10.2017 do 8.12.2017. Polegać będzie na zorganizowaniu dwóch 3-dniowych wyjazdowych grup wsparcia dla rodziców, opiekunów, domowników osób zależnych, z niepełnosprawnością intelektualną.  Działania w projekcie:

<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.

- organizacja 2 wyjazdów 3-dniowych dla opiekunów osób zależnych i ich samych (ponieważ osoby zależne muszą być po stałą opieką)

W jednej grupie wyjazdowej weźmie udział 16 osób. Będzie to 8 opiekunów i 8 podopiecznych. W całym projekcie będzie to 32 osoby.

Zajęcia przeprowadzone zostaną w wybranym pensjonacie (ośrodku) na terenie województwa świętokrzyskiego, który będzie spełniał następujące warunki: możliwość zakwaterowania na nocleg 18 osób w tym beneficjenci (16os.) i obsługa zadania (2 os.), wyżywienie na miejscu, sala wyposażona w sposób umożliwiający prowadzenie warsztatów i grup wsparcia oraz miejsce na rekreację, zajęcia sportowe.

Warsztaty poprowadzi pomoc psychologiczno pedagogiczna, będąca jednocześnie pracownikiem socjalnym oraz dietetyczka

Zaplanowano:

1. warsztaty:

- trening kompetencji społecznych polegający na ćwiczeniach mających na celu : wzrost wiary we własne siły, umiejętności i możliwości, wzrost umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami, stresem i lękiem itp. - 2h
- grupa wsparcia- wymiana doświadczeń 2h
- warsztaty informacyjne w zakresie wsparcia społecznego i instytucjonalnego 2h
- zajęcia z dietetyczką z zakresu sposobu odżywiania się w określonych sytuacjach związanych z chorobą osoby zależnej. 2h

2. zajęcia rekreacyjne a jednocześnie wzmacniające więzi

- proste zabawy z gestem i słowem scenicznym – warsztaty w Europejskim Centrum Bajki w Pacanowie – 1h
- zajęcia sportowe i animacyjne – prowadzone na terenie ośrodka nieodpłatnie przez członków Stowarzyszenia będącego oferentem

Najbliższe otoczenie osób zależnych to osoby wymagające szczególnego wsparcia psychologicznego, doradczego, edukacyjnego związanego z sytuacją jaka ich spotkała. Życie z osobą niepełnosprawną, zależną zmienia to życie domowników, wymuszając na nich wielu zmian w postawie, rozkładzie dnia, dysponowaniu czasem itp. itd.

Bycie opiekunem osoby zależnej to wysiłek fizyczny, ale również psychiczny. Rodziny bardzo często nie mają możliwości korzystania z fachowych porad wsparcia np. psychologicznych. Borykają się z różnymi emocjami, czasem bezsilnością i bezradnością, często wstydzą sytuacji w jakiej się znajdują.

Projekt ma zainicjować na terenie województwa świętokrzyskiego grupy wsparcia, które pozwolą opiekunom osób zależnych wyjść ze swoimi problemami związanymi z chorobą domownika do świata zewnętrznego. Osoby, które spotkają się na wyjeździe będą mogły podzielić się swoimi doświadczeniami codziennego życia. Otrzymają wsparcie psychologiczne, odbędą wspólne warsztaty z osobami, którymi się opiekują, pozyskają informacje w zakresie poruszania się w systemach wsparcia. Prowadzone działania przyczynią się do otwarcia się na siebie nawzajem osób w podobnej sytuacji i wyzwolenia chęci tworzenia wzajemnych relacji.

Cel główny:

wsparcie psychologiczne, edukacyjne, społeczne opiekunów osób zależnych, poprzez tworzenie wyjazdowych grup wsparcia.

## 2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

- zwiększenie odwagi, wzmocnienie siły psychicznej opiekunów osób zależnych
- podniesienie własnej wartości osób uczestniczących
- podniesienie wiedzy z zakresu zdrowego żywienia w różnego rodzaju schorzeniach
- wzrost poziomu wiedzy opiekunów z zakresu wsparcia społecznego i instytucjonalnego,
- wymiana doświadczeń pomiędzy osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej
- odbędzie się 12 godzin warsztatów z pomocą psychologiczną/pracownikiem socjalnym
- odbędzie się 4 godzin warsztatów z dietetyczką
- udział w projekcie 32 beneficjentów

## 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 <sup>4)</sup> (zł)
1	Noclegi (18os.x2 wyjazdy x 2 noclegi x 50zł)	3600,00	3600,00	0,00
2	Wyżywienie (18os. x 2 wyjazdy x 110zł)	3960,00	3960,00	0,00
3	Wynagrodzenie prowadzących warsztaty 16h x 100zł	1600,00	1600,00	0,00
4	Warsztaty proste zabawy z gestem i słowem scenicznym	384,00	384,00	0,00
5	Transport uczestników (2x750)	1500,00	380,00	1120,00
6	Materiały biurowe	76,00	76,00	0,00
<b>Koszty ogółem:</b>		<b>11.120</b>	<b>10.000</b>	<b>1120,00</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.

<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.

.....  
Prezes Zarządu  
.....  
mgr Piotr Kolasa  
(podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu  
oferenta)

STOWARZYSZENIE "NASZE KOBYLANY"  
Kobylany 20/9/1, tel. 503 755 808  
27-500 Opatów  
NIP 8631698675 REGON 260600595

Data 11.09.2017r.

**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.