

**STOWARZYSZENIE**  
**NA RZECZ POMOCY POTRZEBUJĄCYM**  
**ZAPOBIEGANIA PATOLOGIOM SPOŁECZNYM**  
**"POMOCNA DŁOŃ"**  
 2-864 Gnojnik 507; tel. 0604 052 326  
 IP 869-17-66-647 REGON 852525450

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia.....(poz. ...)

**URZĄD GMINY W GNOJNIKU**  
**W PŁYŃEŁO**  
 Załącznik nr 1  
 09.01.2018  
 Ilość zał. .... Nr 322/18  
 Podpis .....

**WZÓR**

**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: „p**o**bieranie\*/niepobieranie\*”.

**I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie**

1. Organ administracji publicznej, do którego adresowana jest oferta	Gmina Gnojnik			
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 <sup>1)</sup>	Działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym			
4. Tytuł zadania publicznego	Dieta i ruch w życiu seniora			
5. Termin realizacji zadania publicznego <sup>2)</sup>	Data rozpoczęcia	01.03.2017	Data zakończenia	25.05.2017

**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)	
Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Potrzebującym i Zapobiegania Patologiom Społecznym „Pomocna Dłoń” 32-864 Gnojnik 507 KRS0000030427 Adres do korespondencji 32-864 Gnojnik 507 Nr konta bankowego Bank Spółdzielczy Brzesko oddział Gnojnik 55 9453 0009 0020 0200 0316 0003	
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)	Ewa Cierniak-Lambert Prezes Stowarzyszenia tel. 604 052 326 email –ewac-i@tlen.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
Osoby starsze narażone są na różne zachorowania . Są mniej sprawne fizycznie, pojawiają się problemy z zanikami pamięci. Wielu schorzeniom w tym wieku można zapobiegać przez prowadzenie zdrowego trybu życia, odpowiednie odżywianie , hartowanie organizmu , wyrobienie nawyku stałej aktywności fizycznej, pobudzenie

<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.

starszych osób do aktywności psychicznej, wyjścia z domu i spotkań z rówieśnikami. Osobom starszym trudniej indywidualnie zorganizować sobie zajęć w wolnym czasie, głównie zajęć ruchowych, różnych ćwiczeń czy indywidualnych wyjazdów na wycieczki np. do kopalni soli czy na basen. Wiedza o zdrowym żywieniu też nie jest powszechna.

Stowarzyszenie Pomocna Dłoń zorganizuje zajęcia z dietetykiem i lekarzem, w których uczestniczyć będą mieszkańcy Gminy Gnojnik w wieku 50+. Na zajęciach tych zapoznają się z tematem roli racjonalnego żywienia w zapobieganiu schorzeniom wieku starszego, żywienia dietetycznego w konkretnych chorobach. Uczestnicy sami będą układać odpowiednie diety oraz otrzymają materiały edukacyjne i informacyjne. Ponadto uczestnicy projektu będą korzystać z pobytów w grocie solnej w ORW EWA w Gnojniku i zajęć grupowych na salach ćwiczeń w Ośrodku Rehabilitacyjnym w Gnojniku. Na zakończenie projektu planujemy wyjazd na basen do Solca. Przygotowanie oferty poprzedziła dokładna analiza potrzeb i oczekiwań osób starszych: członków Klubu Seniora Wrzos i innych osób starszych mieszkańców gminy Gnojnik. Znajomość potrzeb środowiska lokalnego pozwoli na właściwy dobór beneficjentów zadania i poprawną realizację projektu.

Odbiorcami projektu będą mieszkańcy Gminy Gnojnik tak mężczyźni jak i kobiety, członkowie Klubu Seniora Wrzos i inne osoby powyżej 50 r.ż. W projekcie będzie uczestniczyło 40 osób. Projekt realizowany będzie w Ośrodku Rehabilitacyjno – Wypoczynkowym EWA w Gnojniku, a także na basenie w Solcu /źródła solankowo-siarkowe/.

Zajęcia w projekcie to 2 spotkania z lekarzem rodzinnym po 2 godz., zajęcia z dietetykiem 3 spotkania po 2 godz. 5 pobytów w grocie solnej po 1 godz. 5 spotkań na salach ćwiczeń ORW po 1 godz./ćwiczenia fizyczne na przyrządach i ćwiczenia pilates/. Zajęcia będą realizowane 1 x w tygodniu. Uczestnicy zostaną podzieleni na grupy. Na zakończenie projektu zorganizujemy wyjazd do Solca na baseny siarkowe.

**Wkład osobowy** to wykłady z lekarzem, zajęcia prowadzone przez mgr fizjoterapii na salach ćwiczeń wolontaryjne kierowanie projektem i jego rozliczenie.

**Wkładem rzeczowym** będzie nieodpłatne korzystanie z Sali wykładowej w Ośrodku Rehabilitacyjno-wypoczynkowym EWA w Gnojniku.

## 2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

Realizując zadanie publiczne od nazwą „Dieta i ruch w życiu seniora „zakładamy osiągnięcie następujących rezultatów : główny cel to edukacja prozdrowotna 40 osób w wieku 50+/ spotkania z lekarzem i dietetykiem/  
Dodatkowo :40 osób uczestniczyć będzie w seansach w grocie solnej/ 5 x po 1 godz/  
40 osób będzie uczestniczyć w zajęciach ruchowych na salach ćwiczeń / 5 x 1 godz/  
40 osób wyjedzie na kąpiele solankowo-siarkowe do Solca.  
Te działania spowodują aktywizację 40 osób a także zapewnią miłe spędzenie wolnego czasu i pogłębią

integrację społeczną osób starszych min. poprzez wspólne spotkania, wspólne dojazdy na zajęcia i pomoc osobom słabszym w grupie .

Zakładamy ,że zdobyta wiedza podczas zajęć będzie wykorzystana w codziennym życiu.

**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 lub rzeczowego <sup>4)</sup> (zł)
1.	Kierownik projektu	500,00	0,00	500,00
2.	Zajęcia z lekarzem 2 dni po 2 godz /100,00 x 4 godz. =400,00zł	400,00	0,00	400,00
3.	Zajęcia z dietetykiem 3 dni po 2 godz /50,00 x 6 =300,00	300,00	300,00	0,00
4.	Zajęcia z mrg fizjoterapii/ 10dni x 1,0 godz=10 godz x 40,00 zł /dwie grupy po 20 osób przez 5 dni każda/	400,00	0,00	400,00
5.	Pobyty w grocie solnej 40 osób po 1 godz przez 5 dni /200 godz po 12,00zł	2400,00	2400,00	0,00
6.	Wyjazd na basen-transport /do Solca	700,00	700,00	0,00
7.	Bilety wstępu na basen 40x 32,00zł /2,5 godz /	1280,00	0,00	1280,00
8.	Wynajęcie Sali wykładowej /zajęcia z lekarzem-2 i dietetykiem -3/ razem 5 dni po 150,00=750,00 Wynajęcie sal ćwiczeń 10 dni po 1 godz po 150,00zł=1500,00zł	2250,00	0,00	2250,00
9.	Rozliczenie projektu	200,00	0,00	200,00
<b>Koszty ogółem:</b>		<b>8430,00</b>	<b>3400,00</b>	<b>5030,00</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**  
Stowarzyszenia „POMOCNA DŁOŃ”  
*Ewa Cierniak-Lambert*  
**Ewa Cierniak-Lambert**  
LEKARZ MEDYCYNY

**WICEPREZES**  
Stowarzyszenia „POMOCNA DŁOŃ”  
*Magdalena Twaróg*  
**Magdalena Twaróg**

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

Data ....09.01.2018....

**Załącznik:**

W przypadku gdy oferent nie jest zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym – potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktualnego wyciągu z in

**STOWARZYSZENIE**  
**NA RZECZ POMOCY POTRZEBUJĄCYM**  
**I ZAPOBIEGANIA PATOLOGIOM SPOŁECZNYM**  
**„POMOCNA DŁOŃ”**  
32-864 Gnojnik 507; tel. 0604 052 321  
NIP 869-17-66-647 REGON 852525450