

Załącznik nr 1

~~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: „pobieranie*/niepobieranie*”.

I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie

1. Organ administracji publicznej, do którego jest adresowana oferta	Zarząd Województwa Świętokrzyskiego
2. Rodzaj zadania publicznego¹⁾	Wyrównanie szans w dostępie do rehabilitacji i wypoczynku osób z niepełnosprawnościami.

II. Dane oferenta(-tów)

1. Nazwa oferenta(-tów), forma prawna, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby, strona www, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu	
Świętokrzyskie Stowarzyszenie „Niepełnosprawni Plus” 25-734 Kielce Ul. Jagiellońska 76 KRS 0000033431 NUMER IDENTYFIKACYJNY NIP 959 – 11 – 96 – 518 REGON 290619170 NR KONTA BANKOWEGO 86150014581214500059490000 Adres do korespondencji: j.w. e-mail: Kasiorka1@poczta.onet.pl Tel. 698 525 682	
2. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej)	Katarzyna Wójcik Tel. 698 525 682 Kasiorka1@poczta.onet.pl

III. Zakres rzeczowy zadania publicznego

1. Tytuł zadania publicznego	Wakacyjny Obóz Rehabilitacyjny „Razem łatwiej 2025”			
2. Termin realizacji zadania publicznego²⁾	Data rozpoczęcia	16.07.2025 r.	Data zakończenia	30.07.2025 r.

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

²⁾ Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni.

3. Syntetyczny opis zadania (wraz ze wskazaniem miejsca jego realizacji)

W okresie 16.07-30.07 2025 r. nasze stowarzyszenie organizuje w pozbawionym barier architektonicznych Ośrodku „Jagoda” w Sarbinowie ul. Wczasowa 1, posiadającym wpis do rejestru ośrodków uprawnionych do organizacji turnusów rehabilitacyjnych (Certyfikat OD/32/0001/24 ważny do 03.03.2027), Wakacyjny Obóz Rehabilitacyjny „Razem łatwiej 2025” dla 28 osób z niepełnosprawnościami zamieszkałych na terenie Województwa Świętokrzyskiego. Stan ich zdrowia i stopień niesamodzielności wymaga również udziału 8 opiekunów. Celem obozu jest podniesienie sprawności psychofizycznej uczestników, integracja środowiska niepełnosprawnych i wolontariuszy oraz umożliwienie osobom niepełnosprawnym skorzystania z zabiegów rehabilitacyjnych i wypoczynku nad Bałtykiem co wpływa na zmniejszenie zjawiska wykluczenia społecznego i dyskryminacji osób z niepełnosprawnościami. Znaczącym elementem udziału w obozie jest poprawa stanu zdrowia psychicznego i doświadczenia wspólnoty ludzi życzliwych i oddanych drugiemu człowiekowi. Bardzo bogaty program zajęć grupowych, kulturalnych i integracyjnych podnosi atrakcyjność wyjazdu. Sam koszt pobytu (bez transportu, ubezpieczenia, opłaty klimatycznej) uczestnika z zabiegami rehabilitacyjnymi wynosi 3.200 zł, a koszt pobytu opiekuna to 3.000 złotych. W naszej grupie jest 10 osób z niepełnosprawnościami, mieszkańców Województwa Świętokrzyskiego znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, których nie stać na uiszczenie ustalonej kwoty odpłatności uczestnika. Dlatego liczymy na pozyskanie wsparcia dla tych właśnie osób.

4. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego

Nazwa rezultatu	Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (wartość docelowa)	Sposób monitorowania rezultatów / źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika
Ilość uczestników z orzeczeniem o niepełnosprawności w trudnej sytuacji materialnej	10	Lista
Ilość dni obozowych	15	faktura
Ilość zabiegów rehabilitacyjnych	20	Zdjęcia z rehabilitacji
Ilość dni z zajęciami integracyjnymi	15	Zdjęcia z zajęć integracyjnych

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

Nasze Stowarzyszenie jest organizacją non profit i od 30 lat zajmuje się niesieniem pomocy osobom z niepełnosprawnościami w zakresie potrzeb materialnych, socjalnych, leczniczych, duchowych i kulturalnych. Integracją środowiska osób z niepełnosprawnościami, ich rodzin i wolontariuszy. Wychowaniem młodych ludzi przez włączenie ich w wolontariat. Działamy głównie na terenie Kielc i Powiatu Kieleckiego. Wolontariuszami są m.in. terapeuci, pedagodzy, pielęgniarki, księża, klerycy. Od lat organizujemy dla naszej grupy letni wypoczynek na obozach rehabilitacyjnych, wycieczki, wspólne wyjścia na imprezy sportowe i kulturalne oraz comiesięczne spotkania integracyjne wolontariuszy i

osób z niepełnosprawnościami. Wolontariusze odwiedzają osoby z niepełnosprawnościami w ich domach, pomagają w codziennych czynnościach i załatwianiu różnych spraw. Zrzeszamy głównie osoby z niepełnosprawnościami samotne, poruszające się na wózkach inwalidzkich oraz w trudnej sytuacji materialnej.

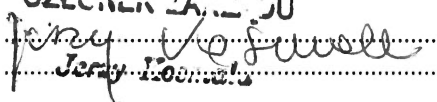
IV. Szacunkowa kalkulacja kosztów realizacji zadania publicznego

Lp.	Rodzaj kosztu	Wartość PLN	Z dotacji	Z innych źródeł
1.	Pobyt, wyżywienie, rehabilitacja 10 osób z niepełnosprawnościami w trudnej sytuacji materialnej	32.000,00		
Suma wszystkich kosztów realizacji zadania		32.000,00	10.000,00	22.000,00

V. Oświadczenia

Oświadczam(-my), że:

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

CZŁONEK ZARZĄDKU

Jerzy Kozłowski

SKARBNIK

Sławomir Wójcik

Data12.06.2025 r.

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

ŚWIĘTOKRZYSKIE STOWARZYSZENIE
„Niepełnosprawni Plus”
25-734 KIELCE, ul. Jagiellońska 76
tel. 041-34-534-47, fax 041-34-543-92
NIP 959-11-96-518 Regon 290619170