

13902/2010

Stowarzyszenie Na Rzecz  
Osób Niepełnosprawnych  
**AMICUS**  
72-010 Police, ul. J.Korczaka 43

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

<b>URZĄD MIEJSKI</b> w Policach	
Wpł. dnia	10. 12. 2010
Przydzielono .....	(data i miejsce złożenia oferty)
Żnak .....	

**OFERTA**

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

**REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO**

Działanie na rzecz osób niepełnosprawnych – likwidacja barier architektonicznych  
(rodzaj zadania)  
w okresie od 22.12.2010r. do 31.12.2010r.

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 WYKONANIA ZADANIA\***

PRZEZ  
Burmistrza Polic  
(nazwa organu zlecającego)

WRAZ Z  
**WNIOSEM O PRYZNANIE DOTACJI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**  
**W KWOCIE 5 000**

## I. Dane na temat organizacji pozarządowej\*/ podmiotu\*/ jednostki organizacyjnej\*

- 1) pełna nazwa: Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych „AMICUS”
- 2) forma prawna: stowarzyszenie, organizacja pożytku publicznego
- 3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze\* KRS 0000224754
- 4) data wpisu , rejestracji lub utworzenia 04.01.2005.
- 5) nr NIP 851-290-23-65 nr REGON 320003396
- 6) dokładny adres: miejscowość 72-010 Police. ul. Janusza Korczaka 43  
Gmina: Police, powiat: policki  
województwo: zachodniopomorskie
- 7) tel. 661-837-124 faks 091 3175-338  
e-mail: [amicus2005@interia.pl](mailto:amicus2005@interia.pl) <http://amicuspolice.pl>
- 8) nazwa banku i numer rachunku: BPH 22106000760000320001385954
- 9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy o wykonanie zadania publicznego  
Paweł Bajer – Prezes, Zofia Helak - Sekretarz
- 10) nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym mowa w ofercie: j.w.
- 11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)  
Paweł Bajer – 664-489-118
- 12) przedmiot działalności statutowej:

a) działalność statutowa nieodpłatna  
Celem działania Stowarzyszenia jest:  
- wspieranie Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego nr 1 w Policach w realizacji jego zadań dydaktyczno-wychowawczych i rewalidacyjnych;  
- prowadzenie i wspieranie dobroczynności i pomocy społecznej na rzecz osób niepełnosprawnych;  
- rehabilitacja społeczna i zdrowotna osób niepełnosprawnych;  
- integracja i aktywizacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych;  
- integracja ze środowiskiem lokalnym, poprzez prowadzenie działalności wspierającej dla osób (oraz ich rodzin) , które mają trudności z integracją i adaptacją społeczną.

b) działalność statutowa odpłatna

13) jeżeli organizacja pozarządowa\*/ podmiot\*/ jednostka organizacyjna\*/ prowadzi działalność gospodarczą:

- a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców,
- b) przedmiot działalności gospodarczej

- a) Sygnatura sprawy: SZ.XVII NS-REJ.KRS/010264/07/760
- b) 85,14,A; działalność fizjoterapeutyczna,  
93,04,Z; działalność związana z poprawą kondycji fizycznej;  
92,62,Z; działalność związana ze sportem pozostała

## II. Opis zadania

### 1. Nazwa zadania

Wspieranie osób niepełnosprawnych – likwidacja barier architektonicznych

### 2. Miejsce wykonywania zadania

Gmina Police – 72-010 Police, ul. Piaskowa 102/2

### 3. Cel zadania

Głównym celem realizacji zadania jest likwidacja barier architektonicznych dla indywidualnych osób niepełnosprawnych na terenie gminy Police, w postaci montażu dźwigu dla osoby niepełnosprawnej.

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

Cel główny zostanie osiągnięty poprzez częściowe pokrycie kosztów montażu jednego dźwigu dla osoby niepełnosprawnej – mieszkańca gminy Police. Realizacja zadania przyczyni się do zlikwidowania jednej z barier architektonicznych, które uniemożliwiają osobie niepełnosprawnej normalne funkcjonowanie. Poprzez większą łatwość w poruszaniu się zwiększy także udział osoby niepełnosprawnej w życiu społeczno-kulturalnym miasta Police.

### 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/

grudzień 2010 – pokrycie części kosztów montażu dźwigu dla osoby niepełnosprawnej.

### 6. Zakładane rezultaty realizacji zadania.

Montaż jednego dźwigu dla niepełnosprawnego mieszkańca gminy Police.

## III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

1. Całkowity koszt zadania **23 858,44 zł** (dwadzieścia trzy tysiące osiemset pięćdziesiąt osiem zł 44/100)

2. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów (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.	Montaż dźwigu dla osoby niepełnosprawnej.	1	23 858,44	Kpl.	23 858,44	5 000,00	18 858,44
Ogółem					23 858,44	5 000,00	18 858,44

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:  
17 790,00 zł kwota dofinansowana przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach;  
1 000 zł dar od osoby prywatnej na realizację tego zadania wpłacony na konto naszego stowarzyszenia;  
68,44 zł kwota, która zostanie pokryta przez użytkownika dźwigu.

#### IV. Przewidywane źródła finansowania zadania:

1.

Źródło finansowania	zł	%
Wnioskowana kwota dotacji	5 000,00	21 %
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów*	18 858,44	79 %
/z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania 68,44 zł/		
Ogółem	23 858,44	100%

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

Stowarzyszenie otrzymało dar od osoby prywatnej na realizację tego zadania w kwocie 1000 zł (tysiąc zł), kwotę 17 790 zł przekaze Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, a kwotę 68,44 zł pokryje osoba u której dźwig zostanie zamontowany.

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

brak

[ ]

## V. Inne wybrane informacje dotyczące zadania

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

Brak

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

Montaż urządzenia (dźwigu) wykona firma specjalizująca się w likwidowaniu barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych, posiadająca wszelkie niezbędne, przewidziane prawem certyfikaty związane z prowadzoną działalnością.

3. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/.

Stowarzyszenie od wielu lat zajmuje się pomocą osobom niepełnosprawnym. Regularnie korzysta z dotacji gminy Police, starostwa powiatowego w Policach, a także innych instytucji wspierających działania na rzecz młodzieży niepełnosprawnej. Organizacja posiada status Organizacji Pożytku Publicznego.

4. 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/.

[ ]

**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.

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

Stowarzyszenie Na Rzecz  
Osób Niepełnosprawnych  
**AMICUS**

**SEKRETAŃZ**  
Stowarzyszenia **AMICUS**

**PREZES**  
Stowarzyszenia "AMICUS"  
*Paweł Bajer*

72-010 Police, ul. J. Korczaka 43

*mgr Zofia Helak*

(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. Aktualny statut organizacji/.\*
5. ....

**Poświadczenie złożenia oferty**

**Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)**

\* Niepotrzebne skreślić.