

OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

URZĄD GMINY W BEŁCHATOWIE  
WPLYNĘŁO  
dnia: 08. MAJ. 2012  
Nr *DK/1260/kar*  
Podpis *[Signature]*

.....  
data i miejsce złożenia oferty  
(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA /OFERTA WSPÓLNA<sup>1)</sup>

ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ (~~YCH~~)/PODMIOTU (~~ÓW~~), O KTÓRYM (~~YCH~~) MOWA W ART. 3  
UST. 3 USTAWY Z DNIA 24 KWIETNIA 2003 r. O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO  
I O WOLONTARIACIE (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536)<sup>1)</sup>,  
REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

..... **Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych**.....  
(rodzaj zadania publicznego<sup>2)</sup>)

.... **Turnus rehabilitacyjny w Darłówku Zachodnim**.....  
(tytuł zadania publicznego)

w okresie od .....28.05.2012..... do .....20.07.2012.....

W FORMIE  
POWIERZENIA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO / WSPIERANIA REALIZACJI ZADANIA  
PUBLICZNEGO <sup>1)</sup>

PRZEZ

GMINĘ BEŁCHATOW

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

**I. Dane oferenta/oferentów<sup>1)3)</sup>**

1) nazwa: .....TPD Koło Pomocy Dzieciom i Młodzieży o Niepełnej Sprawności Ruchowej w Bełchatowie.....

2) forma prawna:<sup>4)</sup>

- stowarzyszenie                       fundacja  
 kościelna osoba prawna               kościelna jednostka organizacyjna  
 spółdzielnia socjalna                 inna.....

3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji:<sup>5)</sup>  
.....0000226942.....

4) data wpisu, rejestracji lub utworzenia:<sup>6)</sup> .....24.01.2005.....

5) nr NIP: ....7691678606... nr REGON: ....100042308-00026.....

6) adres:

miejsowość: .....Bełchatów.... ul.: ...Targowa 20A.....

dzielnica lub inna jednostka pomocnicza:<sup>7)</sup> .....

gmina: ..Bełchatów.. powiat:<sup>8)</sup> ....bełchatowski.....

województwo: .....łódzkie.....

kod pocztowy: ...97-400..... poczta: ...Bełchatów....

7) tel.: .../44/ 6331776... faks: .../44/ 6321993....

e-mail: ..... http:// .....

8) numer rachunku bankowego: ..71 8965 0008 2001 0005 1002 0001..

nazwa banku: ...BS Bełchatów.....

9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania oferenta/oferentów<sup>1)</sup>:

a) ...Zofia Ligocka - Prezes...

b) ...Helena Kucharska - Wiceprezes...

10) nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki organizacyjnej bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym mowa w ofercie:<sup>9)</sup>

.... TPD Koło Pomocy Dzieciom i Młodzieży o Niepełnej Sprawności Ruchowej w Bełchatowie /44/ 6331776.....

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

....Zofia Ligocka.....667 888 641.....

12) przedmiot działalności pożytku publicznego:

<p>a) działalność nieodpłatna pożytku publicznego</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Współpraca z organami władzy publicznej, administracją rządową i samorządami.</li><li>2. Prowadzenie działalności charytatywnej</li><li>3. Inicjowanie i rozwijanie specjalistycznych form pomocy i usamodzielnienia się dziecka niepełnosprawnego i przewlekle chorego.</li></ol> <p>b) działalność odpłatna pożytku publicznego</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Udzielanie rodzicom pomocy w leczeniu i terapii dziecka niepełnosprawnego.</li><li>2. Grupy wsparcia dla rodziców i opiekunów dzieci niepełnosprawnych.</li><li>3. Organizacja turnusów rehabilitacyjnych.</li><li>4. Organizacja wycieczek turystycznych dla niepełnosprawnych.</li></ol>
--

13) jeżeli oferent /oferenci<sup>1)</sup> prowadzi/prowadzą<sup>1)</sup> działalność gospodarczą:

a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców .....

b) przedmiot działalności gospodarczej

Nie dotyczy.
--------------

**II. Informacja o sposobie reprezentacji oferentów wobec organu administracji publicznej wraz z przytoczeniem podstawy prawnej<sup>10)</sup>**

Nie dotyczy.
--------------

### III. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania publicznego proponowanego do realizacji

#### 1. Krótka charakterystyka zadania publicznego

14 dniowy turnus rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w ramach rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wspierania ich aktywności.

#### 2. Opis potrzeb wskazujących na konieczność wykonania zadania publicznego, opis ich przyczyn oraz skutków

Turnus rehabilitacyjny organizowany jest w celu poprawy stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Nauka umiejętności współżycia w grupie. Poznawanie nowych zakątków kraju i udział w imprezach kulturalno – oświatowych. Zła sytuacja finansowa rodzin osób niepełnosprawnych, która uniemożliwia indywidualny wyjazd.

#### 3. Opis grup adresatów zadania publicznego

W ramach realizacji projektu chcemy objąć wsparciem 3 osoby niepełnosprawne i 3 opiekunów tych osób.

#### 4. Uzasadnienie potrzeby dofinansowania z dotacji inwestycji związanych z realizacją zadania publicznego, w szczególności ze wskazaniem w jaki sposób przyczyni się to do podwyższenia standardu realizacji zadania.<sup>11)</sup>

Nie dotyczy.