

TOWARZYSTWO POMOCY IM. ŚW. BRATA ALBERTA  
KOŁO W SANOKU  
38-500 SANOK, ul. Hetmańska 11  
tel/fax 13 46 45 745  
NIP 687-15-84-160 REGON 180822780  
KRS 0000412037

URZĄD MIASTA W SANOKU  
Biuro Obsługi Klienta

13. 10. 2017

URZĄD MIASTA W SANOKU  
WYDZIAŁ SPRAW  
SPOŁECZNYCH I OBYWATELSKICH

2017-10-13

## 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 adresowana jest oferta | Burmistrz Miasta Sanoka                                                                                               |            |                  |            |
| 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>                          | Pomoc społeczna, w tym pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie szans tych rodzin i osób |            |                  |            |
| 4. Tytuł zadania publicznego                                         | Poprawa stanu zdrowia                                                                                                 |            |                  |            |
| 5. Termin realizacji zadania publicznego <sup>2)</sup>               | Data rozpoczęcia                                                                                                      | 23.10.2017 | Data zakończenia | 31.12.2017 |

### 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)                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta Koło w Sanoku<br>ul. Hetmańska 11, 38-500 Sanok<br>forma: Stowarzyszenie<br>KRS 0000412037                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 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) | Alicja Kocytowska – prezes tel. 517310648<br>Osoba do kontaktu:<br>Natalia Michalik – referent ds. promocji<br>tel. 13 4645745<br><a href="mailto:bratalbertsanok@gmail.com">bratalbertsanok@gmail.com</a><br><a href="http://www.tpba.sanok.pl">www.tpba.sanok.pl</a><br>nr konta: 39 8642 0002 2001 0056 5219 0001 |

### 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Celem projektu jest poprawa stanu zdrowia 30 podopiecznych schroniska – Domu Inwalidy Bezdomnego poprzez zakup asortymentu medycznego, środków opatrunkowych itp. do 31 grudnia 2017 roku.<br>Poprzez zakup powyższego chcielibyśmy pokazać, iż są instytucje powołane do tego, żeby wspierać, pomagać szczególnie w trudnych momentach życia naszych podopiecznych.<br>Zadanie publiczne skierowane jest głównie dla osób chorych, niepełnosprawnych, bezdomnych, samotnych, zagrożonych wykluczeniem społecznym. Miejszem realizacji zadania publicznego jest schronisko – Dom Inwalidy Bezdomnego w Sanoku. |

<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.

## 2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

Rezultaty twarde:

- środki opatrunkowe oraz asortyment medyczny

Rezultaty miękkie:

- wsparcie dla osób najbardziej potrzebujących

- zwiększenie i polepszenie jakości usług świadczonych w schronisku

- poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego

## 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.             | Asortyment medyczny, środki opatrunkowe itp. (kpl) | 10 000,00            | 10 000,00                                                | 00,00                                                                                                                                    |
| Koszty ogółem: |                                                    | 10 000,00            | 10 000,00                                                | 00,00                                                                                                                                    |

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.

**PREZES**

Towarzystwa Pomocy  
im. św. Brata Alberta w Sanoku

*mgr Alicja Kocylowska*

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

**WICEPREZES**

Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta

*mgr Krzysztof Sosnicki*

TOWARZYSTWO POMOCY IM. ŚW. BRATA ALBERTA

KOŁO w SANOKU

38-500 SANOK, ul. Helmańska 11

tel/fax 13 46 45 745

NIP 687-15-84-160 REGON 180822780

KRS 0000412037

Data 12.10.2017r.

### 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.

<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.