

+ KRS

KIELECKIE STOWARZYSZENIE
ALZHEIMEROWSKIE
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 76
tel. 041/34-534-47 wew. 235, fax 041/34-543-92
NIP 9591854720 REGON 260286360

REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI
SPOŁECZNEJ I ZDROWOTNEJ

Wpłynęło dnia 13.09.2010

Nr pisma 43368/2010

Podpis

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....
(data i miejsce złożenia oferty)

OFERTA
PODMIOTU UPRAWNIONEGO
na dofinansowanie z budżetu Samorządu Województwa Świętokrzyskiego
realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej

I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu:

KIELECKIE STOWARZYSZENIE ALZHEIMEROWSKIE
ul. Jagiellońska 76, 25-734 Kielce

2. Forma prawna:

STOWARZYSZENIE

3. Data powstania:

03.03.2008

4. Dokładny adres: ul.
Jagiellońska 76
gmina Kielce powiat kielce województwo świętokrzyskie

5. Tel.: 504-043-989 faks: 041/34-543-92
e-mail: markdps1@hotmai.com http://www.alzheimerkielce.pce.ngo.pl

6. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze oraz numer i data wpisu lub rejestracji:

0000324758 03.03.2008

7. Numer NIP: 959-185-47-20 numer REGON: 260286360

8. Nazwa banku i numer rachunku:

Po zdiagnozowaniu choroby Alzheimera lub innych zaburzeń pamięci pacjenci będą dalej lewani w Poradni Zaburzeń Pamięci BIONED.

3. Szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania:

1. Akcja informacyjna i reklamowa skierowana do pacjentów do badania - informacja i antytlumy informacyjne w Echu-Dnia, plakaty informacyjne w POZ, lechane w POZ.
2. Akcja badań przesiewowych w Poradniach Ogólnych i Poradni Bioned.
3. Diagnostowanie i dalsze lewowanie pacjentów w Poradni Zaburzeń Pamięci BIONED.

. Termin realizacji zadania od do
Miejsce realizacji zadania:

Poradnia Zaburzeń Pamięci "BIONED"
Poradnia POZ w Pielęgniarskiej Głównie
.....

5. Posiadane zasoby, które zapewnią realizację zadania:
Kadrowe (z opisem kwalifikacji):

lek. med. Jan Łutarski - specjalista psychiatrii
lek. med. Rafał Toś - specjalista psychiatrii
spec. psycholog kliniczny - Danuta Błanda
..... psycholog kliniczny - Hanna Górska-Bondar

Rzeczowe (z opisem stanu i podaniem wartości):

.....
.....
.....
.....
6. Sposób rekrutacji uczestników (liczba i charakterystyka ze względu na istotne dla zadania cechy, np. wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny):

- Pacjenci uczestniczący w alii prelowej powięć 55. roku życia, wykazujący zaburzenia pamięci
- Miejsce zamieszkania i status materialny nie mają znaczenia
- Około 300 - 500 pacjentów - prebadanych.

7. Zakładane rezultaty realizacji zadania:

- Zbadamy, że z prebadanych ok. 400 pacjentów
- u około 50 - 70 pacjentów zostanie rozpoznane choroba Alzheimera i ci
- pacjenci będą dalej leczeni w Poradni Zaburzeń Pamięci Biomed.

8. Partnerzy w realizacji zadania (ze szczególnym uwzględnieniem organów administracji publicznej):

- Samogód Województwa Świętokrzyskiego
- Poradnia Zaburzeń Pamięci Biomed
- Poradnia BZ w Miejskiej Górze

9. Informacja o dotychczasowym doświadczeniu w realizacji zadania, którego dotyczy oferta, lub zadania podobnego typu:

- Alia prelowa zaburzeń pamięci w kierunku wczesnego rozpoznania choroby Alzheimera organizowane są w Poradni Zaburzeń Pamięci Biomed. - od 8 lat - zespół doświadczonych lekarzy.

10. Informacje na temat dotychczasowych zadań realizowanych również we współpracy z administracją publiczną:

- nie realizowano

11. Dodatkowe informacje, które zdaniem podmiotu uprawnionego mogą mieć wpływ na ocenę oferty:

Istnieje ogromne zapotrzebowanie na wykonanie takich usług wśród pacjentów. W Polsce uważa się, że nie należy lekceważyć choroby około 250 000 osób - z tego zdiagnozowanych jest tylko 10%. Brakowało pacjentów nie otrzymujących odpowiednich pomocy!!!

12. Inne informacje, wymagane zgodnie z treścią ogłoszenia o otwartym konkursie ofert:

III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

Całkowity koszt (w zł) []

w tym:

- | | |
|--|---------------|
| - wnioskowana wielkość dotacji (w zł) | [10 000 zł] |
| - wielkość środków własnych (w zł) | [2 000 zł] |
| - wielkość środków pozyskanych z innych źródeł | [—] |

IV. Inne wybrane informacje dotyczące zadania*

1. Adresaci działań przy realizacji zadania - należy oznaczyć znakiem X **nie więcej niż 3** najważniejsze grupy adresatów działań:

- | | |
|--|--|
| ☐ Osoby bezdomne | ☐ Osoby w podeszłym wieku |
| ☐ Osoby ubogie | ☐ Uchodźcy |
| ☐ Osoby niepełnosprawne i chore | ☐ Osoby i rodziny wymagające interwencji kryzysowej |

- | | |
|---|---|
| ☐ Osoby bezrobotne | ☐ Ofiary przemocy w rodzinie |
| ☐ Osoby samotnie wychowujące dzieci | ☐ Organizacje i instytucje prowadzące działalność w zakresie pomocy społecznej |
| ☐ Dzieci i młodzież z rodzin mających trudności w wypełnianiu swoich zadań | ☐ Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków |
| ☐ Inne | |
2. Typ działań - należy oznaczyć znakiem X **nie więcej niż 3** najważniejsze typy działań przy realizacji zadania:
- | | |
|---|---|
| ☐ Pomoc finansowa | ☐ Pielęgnacja |
| ☐ Pomoc rzeczowa | ☐ Praca socjalna |
| ☐ Pomoc żywnościowa, w tym wydawanie posiłków | ☐ Animowanie działań samopomocowych |
| ☐ Usługi opiekuńcze, w tym robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, pomoc w czynnościach gospodarczych i porządkowych | ☐ Opieka pozaszkolna nad dziećmi |
| ☐ Pomoc w zakresie poradnictwa i informacji | ☐ Szkolenia dla kadry pomocy społecznej |
| ☐ Szkolenia dla osób objętych pomocą lub ich opiekunów | ☐ Zbieranie i przetwarzanie informacji ważnych dla funkcjonowania pomocy społecznej |
| ☐ Terapia/rehabilitacja | ☐ Finansowanie działań innych organizacji i instytucji |
| ☐ Opieka stacjonarna | ☐ Specjalistyczne usługi opiekuńcze |
| ☐ Opieka półstacjonarna (dzienna) | ☐ Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych |
| ☐ Mieszkania chronione | ☐ Inne |

3. Liczbowe określenia skali działań przy realizacji zadania (prosimy użyć miar adekwatnych do danego typu zadania, np. liczba osób objętych pomocą, liczba rodzin objętych programem, liczba porad udzielonych tygodniowo):

300-500 pacjentów przebadanych w badaniach przesiewowych

4. Ogólna liczba osób pracujących przy realizacji zadania [10], w przeliczeniu na pełne etaty [8], w tym wolontariusze [], w przeliczeniu na pełne etaty [].

5. Opis bazy lokalowej (wyłącznie dla placówek opieki stacjonarnej, dziennej oraz noclegowni):

1) Rodzaj obiektu

Powielnia Lebnin Panicy Bioned - Kdele
ul. Szykowników Górny 1c

2) Powierzchnia użytkowa (m²) [169]

3) Stan prawny nieruchomości / warunki dzierżawy

własność prywatna

4) Liczba miejsc w obiekcie i ich podział ze względu na grupy osób objętych pomocą:

7 gabinetów lekarskich, psychologicznych i zabiegowych

5) Stan techniczny i wyposażenie obiektu istotne z punktu widzenia realizacji zadania:

Stan techniczny bardzo dobry, obiekt posiada warunki sanitarne, ciepłą i zimną wodę, warunki ubieralnicze, OC, i porządku

6) Ogólny koszt utrzymania obiektu w przeliczeniu na 1 osobę miesięcznie: [500 zł]

V. Kosztorys ze względu na typ kosztów zadania*.....

Lp.	Rodzaj kosztów (wydatków) i sposób ich kalkulacji	Koszt (w zł)	W tym wydatki z wnioskowanej dotacji (w zł)	W tym ze środków własnych (w zł)
		12 000,00	10 000,00	2 000,00

OGÓŁEM:

VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania

Źródło	Kwota (w zł)	Udział środków w %
Samorząd województwa świętokrzyskiego	10 000,00	
Wnioskowana kwota dotacji		
Posiadane środki własne (na jakich zasadach przyznane)		2 000,00

Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników projektu - z jakiego tytułu

Inne źródła finansowania (określić, na jakiej podstawie przyznano bądź zapewniono środki):

- 1) publiczne - wymienić
- 2) niepubliczne - wymienić

OGÓŁEM:

100%

VII. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....
.
.....
.

VIII. Pozafinansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

Prace własne pracowników Poradni Teburskiej
Panien Bibi Red

IX. Dodatkowe uwagi lub informacje:

.....
.....
.....

.....

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

(podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń
woli w imieniu podmiotu
uprawnionego)

X. Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny wyciąg z rejestru lub ewidencji (ważny do 3
miesięcy od daty uzyskania)
2. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe za ostatni rok
3. Statut podmiotu uprawnionego
4.
5.

**XI. Poświadczenie złożenia oferty (miejscowość, data, podpis -
wypełnia organ):**

.....
.
.....
.

XII. Adnotacje urzędowe:

.....

.....

(miejscowość, data)
ofertę)

(podpis pracownika przyjmującego

* W przypadku prowadzenia przez podmiot kilku różnych placówek wskazane punkty należy wypełnić odrębnie dla
każdej placówki.