

+ 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 240286360

REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI  
SPOŁECZNEJ I ZDROWOTNEJ

Wpłynęło dnia 13.09.2010

Nr pisma 43 969 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.kcc.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:

.....  
.....  
9. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):

*Pejsek Mariusz - Prezes*

.....  
.....  
10. Nazwa, adres i telefon kontaktowy placówki bezpośrednio wykonującej zadanie, na które podmiot ubiega się o dotację:\*

*N. 202. BIOMED - PORADNIA ZABURZEŃ PAMIĘCI  
25-411 KIELCE UL. SYDŁÓWEK GÓRNY 1C*

.....  
.....  
11. Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):\*

*JAN LATIĄKA - kierownik Poradni  
tel. 510 264 308*

.....  
.....  
12. Cele statutowe, przedmiot działalności statutowej:

.....  
.....  
**II. Opis zadania\***

1. Nazwa zadania:

*Badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania choroby Alzheimera.*

.....  
.....  
2. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania:

Badanie będzie miało miejsce w Poradni Zaburzeń Pamięci BIOMED oraz w 3 poradniach podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci będą przebadani testem MMSE oraz "testem zegara" - przesiewowo wszyscy, którym zgłoszą się na badanie, a następnie chorzy badani i diagnozowani przez psychiatrów i psychologów już w poradni Biomed.

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 artykuły informacyjne w Echo-Dnia, plakaty informacyjne w POZ, lechane w POZ.
2. Akcja badań przesiewczych w Poradniach Ogólnych i Poradni Bioned.
3. Diagnostowanie i dalsze lewienie pacjentów w Poradni Zaburzeń Pamięci BIONED.

Termin realizacji zadania od ..... do .....  
Miejsce realizacji zadania:

Poradnia Zaburzeń Pamięci "BIONED"  
Poradnia POZ w Poradni Ogólnej

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

lek. med. Jan Łatała - specjalista psychiatra  
lek. med. Rafał Toś - specjalista psychiatra  
specj. psycholog kliniczny - Danuta Błanda  
psycholog kliniczny - Hanna Górska

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 przedsiębiorstwa prywatnego SS. w celu wypracowania rozwiązania problemu
- Miejsce zamieszkania i status materialny nie mają znaczenia
- Około 300 - 500 pacjentów - prebadanych.

7. Zakładane rezultaty realizacji zadania:

- Zostadamy, że z prebadanych ok. 400 pacjentów
- w okolicy 50 - 70 pacjentów zostanie rozpoznana choroba Alzheimera i ci
- pacjenci będą dalej leczeni w Powiatnej Szpitalni Pamięci Biomed.

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

- Samorząd Województwa Świętokrzyskiego
- Powiatowa Szpitalni Pamięci Biomed
- Powiatowa Szpitalni w Mieście Górze

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

- Aliaj przedsiębiorstwa szpitalni pamięci w celu wypracowania rozwiązania choroby Alzheimera
- organizowane są w Powiatnej Szpitalni Pamięci Biomed. - od 8 lat - zespół zespołu danych

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 na choroby Alzheimer'a choruje około 250 000 osób - z tego zdecydowanie jest tylko 10%. Pozostałe pacjenci nie otrzymują jakiegokolwiek 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 ] *100*
- wielkość środków własnych (w zł) [ 2 000 ] *20*
- 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:

- |                                                        |                                                                            |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osoby bezdomne                | <input type="checkbox"/> Osoby w podeszłym wieku                           |
| <input type="checkbox"/> Osoby ubogie                  | <input type="checkbox"/> Uchodźcy                                          |
| <input type="checkbox"/> Osoby niepełnosprawne i chore | <input type="checkbox"/> Osoby i rodziny wymagające interwencji kryzysowej |

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

Pomocnica Lekarska Panstwa Biomed - Kdele  
ul. Szykronów Górnicy 1c

2) Powierzchnia użytkowa (m<sup>2</sup>) [ 169 ]

3) Stan prawny nieruchomości / warunki dzierżawy

własność państwowa

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 wysoki standard sanitarny i porządkowy. Instalacje elektryczne, wodociągowe, OC.

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

**OGÓLEM:**

**VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania**

Źródło	Kwota (w zł)	Udział środków w %
Samouczel Województwa Świętokrzyskiego	10 000,00	
Wnioskowana kwota dotacji	10 000,00	
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

**OGÓLEM:**

100%

**VII. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:**

.....  
 .  
 .....

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

.....  
 . Prace własne pracowników Poradni Rehabilitacji  
 . Pracownicy Bib Med .  
 .....



**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 (miejsce, data, podpis - wypełnia organ):**

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

**XII. Adnotacje urzędowe:**

.....

.....

(miejsce, data)  
ofertę)

(podpis pracownika przyjmującego)

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