

  
WARMIŃSKO-MAZURSKIE  
STOWARZYSZENIE JOANNITÓW  
11-500 Giżycko, ul. Wodociągowa 17  
tel./fax 87 428 22 91  
NIP 8451959720, REGON 280478300

*Innowacje*  
URZĄD MIEJSKI  
w GIŻYCKU

Wpł 2010 -07- 13

Giżycko 13.07.2010

.....  
(pieczęć organizacji pozarządowej\*

złożenia oferty)

/podmiotu\*/jednostki organizacyjnej\*)

.....  
L. dz. 4535 podp. JN

(data i miejsce

## OFERTA

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

#### REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

**Usługi pielęgniarско -opiekuńczo-rehabilitacyjne osobom głównie starszym , chorym ,niepełnosprawnym ,samotnym , ubogim znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej i życiowej jak również pomoc humanitarna .**

(rodzaj zadania)

w okresie od *.01 sierpień 2010 do 31 październik 2010*

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

**URZĄD MIASTA GIŻYCKO**

.....  
(nazwa organu zlecającego)

WRAZ Z  
**WNIOSEM O PRYZNANIE DOTACJI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH  
W KWOCIE 10.000,00 ( słownie : dziesięć tysięcy zł )**

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

- 1) pełna nazwa **WARMIŃSKO-MAZURSKIE STOWARZYSZENIE JOANNITÓW**
- 2) forma prawna **STOWARZYSZENIE**
- 3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze\* **KRS 0000348513**
- 4) data wpisu , rejestracji lub utworzenia **17 luty 2010 r.**
- 5) nr NIP **845-195-97-20** nr REGON **280478300**
- 6) dokładny adres: miejscowość **11-500 Giżycko ul. Wodociągowa 17**  
gmina **Giżycko** powiat **Giżycko**  
województwo **.Warmińsko –Mazurskie**
- 7) tel.874282291 faks: 874282291
- 8) nazwa banku i numer rachunku  
**PKO BP S.A 66 1020 4753 0000 0602 0072 1308**
- 9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy o wykonanie zadania publicznego  
**Beata Jadwiga Łukaszewicz -PREZES**  
**Barbara Zielińska – Panasik WICEPREZES**
- 10) nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym mowa w ofercie  
**Beata Jadwiga Łukaszewicz 11-500 Giżycko ul. Smętka 20A m 21**  
**kom. 504229796**  
**Bogusława Ciechanowicz 11-500 Giżycko ul. Bema 16**  
**kom. 698121166**
- 11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)  
**Beata Jadwiga Łukaszewicz 11-500 Giżycko ul. Smętka 20A m 21**  
**kom. 504229796**  
**Bogusława Ciechanowicz 11-500 Giżycko ul. Bema 16**  
**kom. 698121166**
- 12) przedmiot działalności statutowej:

a)

*działalność statutowa nieodpłatna z terenu miasta Giżycko*

**Celem Stowarzyszenia jest bezinteresowna pomoc bliźnim w trudnej sytuacji życiowej, w szczególności:**

- 1) Osobom wymagającym opieki ze względu na chorobę lub wiek,
- 2) Osobom niepełnosprawnym,
- 3) Osobom zagrożonym bezrobociem, oraz osobom krótkotrwale i długotrwale bezrobotnym,
- 4) Rodzinom dotkniętymi patologiami społecznymi,
- 5) Dzieciom i młodzieży z rodzin patologicznych.
- 6) Dzieciom i młodzieży zagrożonej lub doświadczającej sieroctwa naturalnego lub społecznego.
- 7) Osobom uzależnionym i ich rodzinom borykającym się z problemem współuzależnienia.

- 8) Osobom dyskryminowanym, zwłaszcza uchodźcom,
  - 9) Ofiarom wypadków i klęsk żywiołowych,
  - 10) Ofiarom przemocy fizycznej i psychicznej,
  - 11) Innym osobom wymagającym wsparcia socjalnego, medycznego i psychoterapeutycznego..
2. Stowarzyszenie prowadzi działania w zakresie:
- 1) Pomocy społecznej,
  - 2) Działalności charytatywnej,
  - 3) Działalności na rzecz mniejszości narodowych,
  - 4) Ochrony i promocji zdrowia,
  - 5) Promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej,
  - 6) Rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej,
  - 7) Nauki , edukacji, oświaty i wychowania,
  - 8) Porządku i bezpieczeństwa społecznego oraz przeciwdziałania patologiom społecznym,
  - 9) Upowszechniania i ochrony praw kobiet oraz działalności na rzecz równych praw kobiet i mężczyzn,
  - 10) Ratownictwa i ochrony ludności,
  - 11) Pomocy ofiarom katastrof, klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych i wojen,
  - 12) Promocja i organizacja wolontariatu.

**b) działalność statutowa odpłatna**

Nie prowadzi

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

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

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

Nie prowadzi

## II. Opis zadania

### 1. Nazwa zadania

Opieka medyczna i opiekuńcza nad chorym w domu

### 2. Miejsce wykonywania zadania

**Miasto Giżycko**

### 2. Cel zadania

Celem naszej działalności jest poprawa jakości życia i godnego funkcjonowania w społeczeństwie osób głównie starszych dotkniętych ubóstwem i chorobą. Pomoc ta obejmuje głównie :

1. poprawę warunków życia poprzez szczegółową opiekę chorych leżących w domu na stałe jak rekonwalescentów ;
2. wypożyczanie potrzebującym sprzętu ortopedycznego – rehabilitacyjnego
3. profilaktyka i zapobieganie wielu chorobom

Profilaktyczne badania pielęgniarskie ( poziomu cukru we krwi, ciśnienia czy rytmu serca ) pozwalają na wczesne reagowanie i określanie sposobu leczenia . Zabiegi, ćwiczenia rehabilitacyjne , wpływają na uaktywnienie, usprawnienie ruchowe, a tym samym poprawiają samopoczucie pacjentów , co jest niezbędne w walce z chorobą . Wypożyczony sprzęt ortopedyczny poprawia skuteczność leczenia i wpływa na skrócenie okresu cierpienia .Ukojenie bólu , widok wyleczonej odleżyny , zagojonej rany sprawiają radość

i zadowolenie jak również wpływają na lepsze samopoczucie fizyczne jak i psychiczne naszych podopiecznych . Niewątpliwie wielu osób nie jesteśmy w stanie całkowicie wyleczyć lecz ulżyć w cierpieniu i chorobie , wpłynąć na jakość i godne funkcjonowanie

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

Celem realizacji zadania jest udzielenie pomocy pielęgniarско-opiekuńczo – rehabilitacyjnej głównie osobom starszym , niepełnosprawnym , samotnym, schorowanym nie mającym często żadnego wsparcia ze strony rodziny czy też bliskich . Pierwszym etapem przy realizacji zadania jest rozpoznanie środowiska zgłoszonego wcześniej przez lekarzy , MOPS, sąsiadów bądź inne osoby . Po indywidualnych wizytach pielęgniarek w domach pacjentów dokładnie omawiane są poszczególne osoby i podejmowana jest decyzja , czy pacjent wymaga opieki ze strony Warmińsko-Mazurskiego Stowarzyszenia Joannitów . W domu pacjenta wykonywane są takie czynności jak : golenie , czesanie , mycie głowy , toaleta jamy ustnej , częściowa toaleta ciała , toaleta całego ciała w łóżku , oklepywanie , nacieranie , masaż , zmiana bielizny , zmiana pościeli , kontrola wydalania (DZM) , zmiana pampersa, lewatywa , pomoc przy wstawaniu i chodzeniu , uaktywnienie i ćwiczenia ruchowe ,zmiana pozycji w łóżku , pomiar ciśnienia i tętna , pomiar cukru we krwi, zmiana opatrunku, cewnikowanie , pielęgnacja pacjenta z cewnikiem , płukanie pęcherza moczowego , inhalacja ,karmienie i pojenie , podanie leków doustnych , iniekcja domięśniowa , iniekcja dożylna, iniekcja śródskórna , wlew kroplowy dożylny , naświetlenie lampą Biotron, edukacja p/odleżynowa , rozmowa z pacjentem , rozmowa z rodziną , transport do lekarza do laboratorium , dostarczanie sprzętu medycznego , konsultacja z lekarzem , realizacja recepty dostarczanie leków , pieluchomajtek , dostarczanie zakupionej żywności itp. . Poza usługami typowo medycznymi w zależności od potrzeb i ewentualnych możliwości pacjentowi udzielana jest również pomoc humanitarna , socjalna wydawanie różnego rodzaju darów ale również w załatwianiu spraw urzędowych . Dzięki świadczeniu tak wielu kompleksowych usług pacjent ma dużo większe możliwości godnego i normalnego funkcjonowania .

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/

Okres 90 dni

**Od dnia 01 sierpień 2010 do dnia 31 październik 2010**

## 6. Zakładane rezultaty realizacji zadania.

Stowarzyszenie pracuje społecznie od poniedziałku do piątku w godzinach 8-10 na miejscu ( ul. Wodociągowa ) a od 10-15 w terenie Wizyty doraźne i stałe . Wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny , wspieranie moralne poprzez rozmowy ,dary odzieży . Przewidujemy wizyty pielęgniarsko – opiekuńcze , wizyty polegające na rehabilitacji domowej . Oprócz wizyt chcemy zapewnić najbardziej potrzebującym transport do lekarzy i specjalistów .

## III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

1. Całkowity koszt zadania. **13.200,00** [słownie : trzynaście tysięcy dwieście ]

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	Usługi pielęgniarskie ( płace pielęgniarek )	90	80,00	dni	7.200,00	7.000,00	200,00
2	Wypożyczanie sprzętu rehabilitacyjnego , wydawanie leków bezpłatnie	90	28,00	dni	2.520,00		2.520,00
3	Koszty utrzymania pojazdu	90	35,00	dni	3.150,00	3.000,00	150,00
Ogółem					12.870,00	10.000,00	2.870,00

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

Usługi pielęgniarskie ( teren ) w tym :

-720 godzi w okresie trzech miesięcy

- trzy pielęgniarki

- 240 godzin w miesiącu ( trzy pielęgniarki )

- w tygodniu jedna pielęgniarka 20 godzin

Nasze stowarzyszenie posiada na wyposażeniu samochód osobowy ,którym możemy przewozić pacjentów do lekarza . Obsługa medyczna stanowi uzupełnienie opieki nad chorym w domu ,który nie kwalifikuje się do opieki paliatywnej ani hospicjum

#### IV. Przewidywane źródła finansowania zadania:

1.

Źródło finansowania	zł	%
Wnioskowana kwota dotacji	<b>10.000,00</b>	<b>77,70</b>
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów*( wolontariat )	<b>2.870,00</b>	<b>22.30</b>
/z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania ..... zł/		
Ogółem	<b>12.870,00</b>	<b>100%</b>

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

Środki własne to praca członków stowarzyszenia (wypożyczanie sprzęty rehabilitacyjnego , wydawanie leków bezpłatnie )

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

Posiadamy pomieszczenia w których przyjmujemy interesantów oraz magazyn gdzie przechowujemy sprzęt oraz leki . Członkowie naszego stowarzyszenia pracują na rzecz osób starszym , chorym ,niepełnosprawnym ,samotnym , ubogim znajdującym się w trudnej sytuacji

materialnej i życiowej . Praca członków jest w formie wolontariatu .

#### V. Inne wybrane informacje dotyczące zadania

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

Nie dotyczy

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

Wolontariat członkowie stowarzyszenia z dużym doświadczenie zawodowym ( staż 15-35 lat )  
Trzy pielęgniarki dyplomowane , z dużym doświadczeniem zawodowym ( staż 10-20 lat ) –  
usługi pielęgniarskie .

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

Stowarzyszenie powstało w dniu 17 lutego 2010r i od tej pory świadczą usługi statutowe.  
Członkowie stowarzyszenia mają duże doświadczenia zawodowe na rzecz osób starszym ,  
chorym ,niepełnosprawnym ,samotnym , ubogim znajdującym się w trudnej sytuacji  
materialnej i życiowej .

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/.

Tak . Usługi pielęgniarskie będą wykonywane przez dyplomowane pielęgniarki prowadzące działalność gospodarczą .



**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 31. października 2010.
- 4) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

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

  
WARMIŃSKO-MAZURSKIE  
STOWARZYSZENIE JOANNITÓW  
11-500 Giżycko, ul. Włodocia **gowa** 17  
tel/fax 87 425 22 91  
KRP 8451959720; REGON 280478300

.....  
(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. Ankieta do „Giżyckiej Bazy Organizacji Pozarządowych”.
5. ....
6. ....

Poświadczenie złożenia oferty

**PREZES**  
*Beata Łukaszewicz*

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

--

\* Niepotrzebne skreślić.