

Urząd Miasta i Gminy  
w GOŁAŃCU Załącznik nr 1

|        |              |      |
|--------|--------------|------|
| Data   | 30. 07. 2024 | Wpł. |
| Podpis |              |      |

WZÓR

## 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 jest adresowana oferta | Burmistrz Miasta i Gminy Gołańcz                                                                                            |
| 2. Rodzaj zadania publicznego <sup>1)</sup>                          | Pomoc społeczna, w tym pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie szans dla tych rodzin i dzieci |

### II. Dane oferenta(-tów)

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nazwa oferenta(-tów), forma prawna, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby, strona www, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu | Stowarzyszenie im. Ks. Jerzego Niwarda Musolffa w Wągrowcu<br>Forma prawna: Stowarzyszenie, NR KRS: 0000058949<br>Siedziba/Adres do korespondencji: Plac Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 62-100 Wągrowiec,<br>e-mail: <a href="mailto:musolff@hospicjumwagrowiec.pl">musolff@hospicjumwagrowiec.pl</a> |
| 2. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej)                                          | Alina Dotka<br>Tel. 67 26 89 254 wew. 22,<br>e-mail: <a href="mailto:musolff@hospicjumwagrowiec.pl">musolff@hospicjumwagrowiec.pl</a>                                                                                                                                                                    |

### III. Zakres rzeczowy zadania publicznego

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                  |               |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|---------------|
| 1. Tytuł zadania publicznego                                             | Wsparcie działalności hospicjum                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                  |               |
| 2. Termin realizacji zadania publicznego <sup>2)</sup>                   | Data rozpoczęcia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 01.09.2024 r. | Data zakończenia | 15.11.2024 r. |
| 3. Syntetyczny opis zadania (wraz ze wskazaniem miejsca jego realizacji) | Celem działalności Stowarzyszenie jest m.in. działalność dobroczynna, ochrona zdrowia i pomoc społeczna osobom fizycznym znajdującym się w trudnej sytuacji bez względu na wyznanie i światopogląd, opieka hospicyjna nad chorym w terminalnej fazie choroby, pomoc rodzinie chorego w trakcie choroby i w okresie osierocenia. |               |                  |               |

<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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 450, z późn. zm.).

<sup>2)</sup> Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni.

Realizuje swoje zadania prowadząc Ośrodek Opieki Pozaszpitalnej – Hospicjum Miłosiernego Samarytanina. Zadaniem objęte będą osoby, pacjenci, którzy znajdują się w fazie choroby nieuleczalnej jak i ich rodziny z terenu powiatu wągrowieckiego, ze szczególnym uwzględnieniem chorych pochodzących z gmin dofinansowujących działalność Stowarzyszenia, w tym m.in. z Miasta i Gminy Gołańcz.

Stowarzyszenie zapewnia pomoc hospicyjną – paliatywną prowadząc hospicjum stacjonarne i hospicjum domowe. W hospicjum stacjonarnym posiadamy 15 łóżek i udzielana jest pomoc chorym, którzy wymagają całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa.

Opieką nad chorymi terminalnie w domach objęte są osoby, które nie mają innej możliwości skorzystania na terenie miasta Wągrowca ze specjalistycznej opieki paliatywnej w hospicjum stacjonarnym z uwagi na ograniczoną ilość miejsc lub rodziny chcą się opiekować chorymi w domu ze względów emocjonalnych.

W 2024 r. objęci zostaną opieką w hospicjum stacjonarnym i w domach tak jak w poprzednich latach chorzy onkologicznie w terminalnej fazie choroby z terenu z Miasta i Gminy Gołańcz.

W ciągu tygodnia przewiduje się, że 1 osobie chorej w hospicjum domowym będą udzielane przez pielęgniarkę średnio 2 świadczenia.

W hospicjum stacjonarnym chorzy będą mieli zapewnioną opieką lekarską co najmniej 12 godzin na dobę, a w hospicjum domowym wizytę lekarską minimum 1 raz w miesiącu (w zależności od potrzeb).

Realizacja zadania publicznego ma zapewnić chorym w terminalnym stadium choroby nowotworowej poza pełną opieką lekarską, pielęgniarstwą również opiekę fizjoterapeutyczną, psychologiczną i duchową.

W ramach realizacji zadania finansowanego przez z Miasto i Gminę Gołańcz w 2024 r. planujemy sfinansować zakup posiłków dla chorych oraz leków, środków opatrunkowych, do pielęgnacji chorego oraz usługi pralnicze.

#### 4. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego

| Nazwa rezultatu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (wartość docelowa)                                                                                                                  | Sposób monitorowania rezultatów / źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Główny rezultat działania to udzielanie pomocy chorym poprzez złagodzenie skutków choroby nowotworowej. Poprawa standardu opieki oraz jakości życia pacjentów w okresie terminalnym choroby nowotworowej poprzez zabezpieczenie właściwego wyżywienia chorym w postaci śniadań, obiadów, kolacji, leków i innych środków medycznych oraz czystej bielizny i pościeli chorym | Umożliwienie choremu godnego przeżycia terminalnego okresu choroby nowotworowej. Towarzystwo choremu i jego rodzinie w trudnej drodze cierpienia, jaką wspólnie przechodzą. | Dokumenty potwierdzające wykonanie zadania.                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |                                                                             |

#### 5. Krótka charakterystyka Oferenta, jego doświadczenia w realizacji działań planowanych w ofercie oraz zasobów, które będą wykorzystane w realizacji zadania

Stowarzyszenie realizowało szereg projektów współpracując z jednostkami administracji publicznej w zakresie:

- ochrony i promocji zdrowia,
- pomocy społecznej rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans dla tych rodzin i osób,
- działalności charytatywnej,
- wypoczynku dzieci i młodzieży.

Działania Stowarzyszenia w tym zakresie spotykają się z aprobatą i zainteresowaniem społeczności lokalnej. Działania te organizujemy współpracując z Urzędem Miasta Wągrowca, Gminy Wągrowiec, Gminy Mieścisko, Gminy Wapno, Gminy Damasławek, Miasta i Gminy Gołańcz, Miasta i Gminy Rogoźno, Miasta i Gminy Skoki, Starostwem Powiatowym.

Zadania związane z pomocą społeczną rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans dla tych rodzin i osób Stowarzyszenie prowadzi od 2 000 r. również poprzez jadłodajnię i noclegownię.

Zatrudniamy lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutę i psychologa.

Personel medyczny biorący udział w realizacji zadania, posiada ponad dziesięcioletnie doświadczenie w zakresie opieki paliatywnej. Posiada udokumentowane wykształcenie niezbędne do jej sprawowania, spełniając wymagania dotyczące personelu określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej ( tj. z dnia 28 marca 2018 r.).

#### IV. Szacunkowa kalkulacja kosztów realizacji zadania publicznego

| Lp.                                        | Rodzaj kosztu                                                                                                              | Wartość PLN | Z dotacji | Z innych źródeł |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------------|
| 1.                                         | Zapewnienie całodobowych posiłków chorym przebywającym w hospicjum stacjonarnym                                            | 4 500,00    | 4 500,00  | 0,00            |
| 2.                                         | Zapewnienie wszelkich warunków do prowadzenia hospicjum-pranie pościeli, bielizny                                          | 1 000,00    | 0,00      | 1 000,00        |
| 3.                                         | Zapewnienie wszelkich warunków do prowadzenia hospicjum-zabezpieczenie w leki, środki opatrunkowe i do pielęgnacji chorego | 500,00      | 500,00    | 0,00            |
| 4.                                         | Koszt 4                                                                                                                    |             |           |                 |
| 5.                                         | Koszt 5                                                                                                                    |             |           |                 |
| Suma wszystkich kosztów realizacji zadania |                                                                                                                            | 6 000,00    | 5 000,00  | 1 000,00        |

#### V. Oświadczenia

Oświadczam(-my), że:

- 1) proponowane zadanie publiczne będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta(-ów);
- 2) pobieranie świadczeń pieniężnych będzie się odbywać wyłącznie w ramach prowadzonej odpłatnej działalności pożytku publicznego;
- 3) oferent\* / oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / zalega(-ją)\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
- 4) oferent\* / oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / zalega(-ją)\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;
- 5) dane zawarte w części II niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\* / inną właściwą ewidencją\*;
- 6) wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 7) w zakresie związanym ze składaniem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

PREZES ZARZĄDU

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

26.07.2024 r.

Data .....

SEKRETARZ

mgr inż. Stanisław Owsianny