

Realizator: .....

**Cel szczegółowy nr 1: ROZWÓJ REHABILITACJI SPOŁECZNEJ**

**Działanie 4: Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami, o których mowa w art.3 ust.3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, podejmującymi działania na rzecz osób z niepełnosprawnością**

*Realizatorzy: Administracja samorządowa, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie, organizacje pozarządowe*

Ogłoszone konkursy:

Lp.	Zakres realizacji zadań publicznych w ogłoszonym konkursie:	Wysokość zaplanowanych środków	Wysokość przekazanych środków	Ilość złożonych ofert	Ilość dofinansowanych ofert

Oferty zrealizowane, których odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością: nazwa oferenta, temat zadania, wysokość udzielonej dotacji, rodzaj podjętych działań w zakresie realizacji zadania i w jakim stopniu przyczyniły się one do założonych celów, ilość odbiorców, w tym osób z niepełnosprawnością:  
(ww. informacje można przedstawić w osobnym załączniku)

--

**Cel szczegółowy nr 3: INTERWENCJA KRYZYSOWA**

Działanie 1:

**Prowadzenie interwencji kryzysowej i wsparcia udzielonego osobom z niepełnosprawnością**

*Realizator: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie – Wydział Interwencji Kryzysowej, Komenda Powiatowa Policji w Tczewie, miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej*

Lp.	Rodzaj podjętych działań	Ilość osób objętych wsparciem	Wysokość poniesionych kosztów (o ile dotyczy)

**Działanie 2: Pomoc osobom z niepełnosprawnością znajdującym się okresowo w trudnej sytuacji życiowej, zagrażającej ich egzystencji**

Realizator: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie – Wydział Interwencji Kryzysowej, miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej

Lp.	Rodzaj podjętych działań	Ilość osób objętych wsparciem	Wysokość poniesionych kosztów (o ile dotyczy)

**Działanie 3: Prowadzenie poradnictwa rodzinnego, konsultacje prawne, terapie indywidualne i grupowe dla osób z niepełnosprawnością w kryzysie**

Realizator: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie – Wydział Interwencji Kryzysowej, miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej

Lp.	Rodzaj podjętych działań	Ilość osób objętych wsparciem	Wysokość poniesionych kosztów (o ile dotyczy)

**Działanie 4: Opracowywanie i realizacja programów dla osób będących w stanie kryzysu**

Realizator: Administracja samorządowa, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie, w tym Wydział Interwencji Kryzysowej, miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej

1) Opracowane programy w roku sprawozdawczym:

(jeśli w roku sprawozdawczym przyjęto do realizacji więcej programów, należy wymienić w osobnym załączniku, zgodnie z poniższą tabelą):

Lp.	Nazwa programu oraz założenia i główne cele	Beneficjenci Programu:	Zakładany koszt realizacji Programu:

2) Programy realizowane:

(jeśli w roku sprawozdawczym realizowano więcej programów, należy wymienić w osobnym załączniku, zgodnie z poniższą tabelą):

Lp.	Nazwa programu, założenia i główne cele	Okres realizacji: (od ..do..)	Beneficjenci Programu:	Koszt realizacji Programu:

--	--	--	--	--

**Cel szczegółowy nr 4: WYELIMINOWANIE LUB ZMNIJSZENIE BARIER OGRANICZAJĄCYCH UCZESTNICTWO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W ŻYCIU SPOŁECZNYM I ZAWODOWYM**

**Działanie 5: Prowadzenie środowiskowych domów samopomocy**

*Realizator: Administracja samorządowa*

Środowiskowe domy samopomocy ze względu na specyfikę prowadzonej działalności:

Lp.	Nazwa domu i adres	Typ prowadzonej działalności	Liczba uczestników

**Działanie 6: Likwidacja barier architektonicznych w instytucjach publicznych – urzędach, placówkach oświatowych i zdrowotnych (szpitale, poradnie, dps, inne jednostki publiczne)**

*Realizatorzy: Administracja samorządowa, urzędy, placówki zdrowia publicznego, domy pomocy społecznej, placówki oświatowe gmin i powiatów*

*(jeśli w roku sprawozdawczym realizowano więcej zadań, należy wymienić w osobnym załączniku, zgodnie z poniższą tabelą):*

Miejsce realizacji zadania <i>(szpitale, poradnie, dps, inne jednostki publiczne)</i>	
Przedmiot realizacji <i>(jakie bariery architektoniczne zostaną lub zostały zlikwidowane)</i>	
Planowany/ poniesiony koszt realizacji zadania	
Źródła finansowania	
Okres realizacji	

**Działanie 7: Likwidacja barier transportowych – zakup pojazdów do przewozu osób z niepełnosprawnością**

*Realizatorzy: Administracja samorządowa, urzędy, placówki zdrowia publicznego, domy pomocy społecznej, placówki oświatowe gmin i powiatów*

*(jeśli w roku sprawozdawczym realizowano więcej zadań, należy wymienić w osobnym załączniku, zgodnie z poniższą tabelą):*

Miejsce realizacji zadania (szpitale, poradnie, dps, inne jednostki publiczne)	
Przedmiot realizacji	
Planowany/ poniesiony koszt realizacji zadania	
Źródła finansowania	
Okres realizacji	

#### Działanie 8: Likwidacja barier urbanistycznych

*Realizatorzy: Administracja samorządowa, urzędy, placówki zdrowia publicznego, domy pomocy społecznej, placówki oświatowe gmin i powiatów*

*(jeśli w roku sprawozdawczym realizowano więcej zadań, należy wymienić w osobnym załączniku, zgodnie z poniższą tabelą):*

Miejsce realizacji zadania (szpitale, poradnie, dps, inne jednostki publiczne)	
Przedmiot realizacji (jakie bariery urbanistyczne zostaną lub zostały zlikwidowane)	
Planowany/ poniesiony koszt realizacji zadania	
Źródła finansowania	
Okres realizacji	

#### Cel szczegółowy nr 5: **WYRÓWNANIE SZANS EDUKACYJNYCH**

Działanie 1: Tworzenie oraz utrzymanie przedszkoli i szkół z oddziałami integracyjnymi, ośrodków szkolno-wychowawczych, szkół specjalnych

*Realizator: Administracja samorządowa*

Nazwa i adres placówki (przedszkola, szkoły, ośrodki szkolno-wychowawcze, szkoły specjalne, ośrodki rewalidacyjno-wychowawcze)	Liczba dzieci wg stanu na dzień 30 września roku sprawozdawczego	
	ogółem	z niepełnosprawnością

Działanie 3: Współpraca jednostek oświatowych w zakresie wymiany doświadczeń, nawiązywanie współpracy, realizacja projektów edukacyjnych i innych, z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnością

*Realizator: Placówki oświatowe gmin i powiatów*

Należy opisać: jakie podjęto działania, ile zrealizowano projektów, kto był odbiorcą tych działań, jakie ewentualnie poniesiono koszty finansowe

*(można opisać w osobnym załączniku):*

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie