CZĘŚĆ 2: OKREŚLENIE PROJEKTU

NAZWA PROJEKTU *(max 150 znaków)*	Leczenie skolioz u dzieci i młodzieży – zakup urządzenia FED
WARTOŚĆ PROJEKTU BRUTTO	158 760,00 zł

STRESZCZENIE PROJEKTU (max 250 znaków)

Urządzenie FED (metoda FED) to urządzenie służące do leczenia skolioz u dzieci i młodzieży. Zastosowanie metody FED stanowi kompleksową propozycję trójpłaszczyznowej terapii bocznych skrzywień kręgosłupa (oraz kifoz i lordoz).

PROSZĘ WSKAZAĆ KATEGORIĘ PROJEKTU (max 3 kategorie)

- ☐ edukacja
- ☐ kultura
- ☐ sport
- ☐ ochrona środowiska
- ☒ zdrowie
- ☐ inna *(proszę określić)*
- ☐ pomoc społeczna
- ☐ zieleń miejska
- ☐ przestrzeń publiczna
- ☐ drogi / komunikacja
- ☐ telekomunikacja

CZĘŚĆ 3: LOKALIZACJA PROJEKTU

Proszę wskazać nazwę dzielnicy, w której projekt będzie realizowany lub zaznaczyć, że projekt ma charakter ogólnomiejski

- ☐ Biskupice
- ☒ Centrum Południe
- ☐ Centrum Północ
- ☐ Grzybowice
- ☐ Guido
- ☐ Helenka
- ☐ Kończyce
- ☐ Maciejów
- ☐ Makoszowy
- ☐ projekt ogólnomiejski
- ☐ Mikulczyce
- ☐ Osiedle Mikołaja Kopernika
- ☐ Osiedle Młodego Górnika
- ☐ Osiedle Tadeusza Kotarbińskiego
- ☐ Pawłów
- ☐ Rokitnica
- ☐ Zaborze Północ
- ☐ Zaborze Południe
- ☐ Zandka

☐ projekt dwuletni — dotyczy tylko projektów dzielnicowych (nie dotyczy projektów ogólnomiejskich). Projekty dwuletnie mogą być dodatkowo finansowane *a conto* kolejnej edycji budżetu partycypacyjnego. W przypadku zaznaczenia prosimy w części 5 wniosku (Szacunkowy kosztorys projektu) dokonać podziału środków na rok pierwszy i drugi.

ULICA, NR DOMU / SKRZYŻOWANIE ULIC / CIĄG ULIC	ul. 3 maja 10, 41-800 Zabrze
Informacje uściślające lokalizację (jeśli zasadne)	SPZOZ Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych

JEŚLI TO MOŻLIWE PROSIMY O WSKAZANIE NUMERÓW DZIAŁEK EWIDENCYJNYCH *[do sprawdzenia: http://gis.um.zabrze.pl/umzabrze/open.jsp (skala nie mniejsza niż 1:2000) albo http://siot.um.zabrze.pl/imap/?gpmap=gp0 (skala nie mniejsza niż 1:1000)]*

764/82

☐ Do wniosku załączam oświadczenie według wzoru określonego w załączniku nr 3 lub załączniku nr 4.

CZĘŚĆ 4: UZASADNIENIE PROJEKTU

ZASIĘG ODDZIAŁYWANIA PROJEKTU

Całe miasto Zabrze, a także inne miasta województwa śląskiego.

SZACUNKOWO OKREŚLONA ILOŚĆ OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z PROJEKTU PO JEGO REALIZACJI (beneficjentów)

Do Ośrodka na chwilę obecną zgłasza się około 500 pacjentów rocznie, przy czym zdecydowana większość to pacjenci ze zdiagnozowaną skoliozą, pojawiają się też pacjenci z lordozą oraz kifozą. Można założyć, że szacunkowa ilość osób korzystających z projektu po jego realizacji wzrośnie o 70%.

OPIS ZASAD PUBLICZNEJ DOSTĘPNOŚCI EFEKTÓW REALIZACJI PROJEKTU, OKREŚLENIE PROPONOWANEGO DYSPONENTA EFEKTÓW REALIZACJI PROJEKTU (a w sytuacji kiedy uzasadnione — opis przebiegu realizacji projektu).

W SPZOZ Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych z leczenia przy użyciu urządzenia FED będą mogli korzystać wszyscy zgłaszający się pacjenci, którzy zmagają się z dolegliwościami spowodowanymi skoliozami oraz innymi skrzywieniami kręgosłupa. Grupę tych pacjentów stanowić będą zarówno dzieci z Zabrza jak i okolicznych miast, a nawet całego województwa śląskiego, przy czym pacjenci z Zabrza będą przyjmowani na dotychczasowych zasadach, czyli w pierwszej kolejności.

PRZEWIDYWANE CELE DO OSIĄGNIĘCIA

1. Całkowita likwidacja skolioz u zgłaszających się do ośrodka pacjentów.
2. Zmniejszenie stopnia skrzywienia kręgosłupa.
3. Zahamowanie progresji skrzywień kręgosłupa i stworzenia lepszych warunków do wzrastania kręgosłupa oraz klatki piersiowej.
4. Usunięcie dolegliwości bólowych spowodowanych skoliozą oraz innymi skrzywieniami kręgosłupa.

CZĘŚĆ 5: SZACUNKOWY KOSZT PROJEKTU

SZACUNKOWY KOSZTORYS REALIZACJI PROJEKTU (W RAZIE POTRZEBY PROSZĘ ROZSZERZYĆ LUB DOŁĄCZYĆ W FORMIE ZAŁĄCZNIKA)

Lp	Element kosztu	Wartość	Podstawa szacunku
1.	Zakup urządzenia FED	158 760,00 zł	Oferta firmy Mediprofit (załącznik nr 1)
—	Wartość projektu brutto	158 760,00 zł	—

Tylko w przypadku dzielnicowego projektu dwuletniego prosimy o dokonanie podziału środków (wartości projektu brutto) na poszczególne lata w ten sposób, aby w I roku wskazać całość dostępnych dla dzielnicy środków, a w drugim – resztę.

	Rok I		—
	Rok II		—

☒ Do wniosku dołączam dodatkową kartę (dodatkowe karty) z szacunkowym kosztorysem; liczba kart: 1

☒ Oświadczam, iż wszystkie informacje podane w formularzu, w tym o zameldowaniu na terenie Miasta Zabrze, są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.

☒ Wyrażam zgodę na publikację projektu w związku z realizacją procedury Zabrzańskiego Budżetu Partycypacyjnego.

☒ Do wniosku dołączam listę osób popierających wniosek (liczącą nie mniej niż 15 osób).

☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych z wyborem projektów mieszkańców w ramach Zabrzańskiego Budżetu Partycypacyjnego (zgodnie z odpowiednimi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych)*.

☒ Oświadczam, że jestem uprawniona / uprawniony, zgodnie z Regulaminem Zabrzańskiego Budżetu Partycypacyjnego, do zgłoszenia wniosku ponieważ jestem zameldowana / zameldowany na terenie Zabrza oraz na dwa dni robocze przed rozpoczęciem przyjmowania wniosków z projektami ukończyłam / ukończyłem 16 lat.

☒ Jestem świadoma(-my) możliwości weryfikacji zamieszczonych przeze mnie danych na podstawie dostępnych miastu Zabrze rejestrów, ewidencji lub innych danych. Jestem również świadoma(-my) odpowiedzialności wynikającej z podawania nieprawdziwych informacji i składania nieprawdziwych oświadczeń.

Anonimizacja

* Administratorem danych jest Prezydent Miasta Zabrze z siedzibą w Zabrzu, ul. Powstańców Śląskich 5-7. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji budżetu partycypacyjnego w mieście Zabrze i nie będą wykorzystane do innych celów. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne jednak bez ich podania nie jest możliwe uczestnictwo w budżecie partycypacyjnym.

** Zgoda opcjonalna, jej brak nie uniemożliwia rozpatrzenie wniosku, mieszkaniec ma prawo cofnięcia zgody w każdej chwili.