

Zarządzenie Nr 7/2022
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 14.04.2022 r.

w sprawie wprowadzenia zasad rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach realizacji programu pn. „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” – Moduł I, Moduł II, w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w 2022 roku

Na podstawie art. 33 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 528 z późn. zm.) w zw. z art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 573, z późn. zm.) oraz art. 34 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2022 r., poz. 583 z późn. zm.), zarządzam, co następuje:

§ 1

Realizując program pn. „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” – Moduł I, Moduł II, umożliwiający obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością, uzyskanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, określam i wprowadzam do stosowania w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie następujące dokumenty:

- 1) Zasady rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach realizacji programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” - Moduł I, Moduł II, w brzmieniu określonym w załączniku Nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 2) Wzór wniosku o świadczenie w ramach Modułu I programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”, w brzmieniu określonym w załączniku Nr 2 do niniejszego zarządzenia. Wzór wniosku, o którym mowa w zdaniu 1, został zatwierdzony uchwałą Zarządu PFRON Nr 35/2022 z dnia 29 marca 2022 r.;
- 3) Wzór wniosku o sfinansowanie realizacji zadania w ramach Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” wraz z załącznikami do wniosku (nr 1 i nr 2), w brzmieniu określonym w załączniku Nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór oświadczenia o posiadaniu I lub II stopnia niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności oraz oświadczenie, iż pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uznany jest za legalny, zgodnie z art. 2 ust. 1 z dnia 12 marca 2022 r. ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy (Dz. U. z 2022 r. poz. 583, z późn. zm.), w brzmieniu określonym w załączniku Nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 5) Wzór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, w brzmieniu określonym w załączniku Nr 5 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Zędzian-Andrzejczyk

Radca Prawny
Juliana Kapalska

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie

Maciej Burakowski

**„Zasady rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji programu pn.: „Pomoc
obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” – Moduł I , Moduł II
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w 2022 roku.**

**Rozdział I
Informacje ogólne**

1. Podstawa prawna programu.

- 1) Art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.);
- 2) Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, zwanej dalej „Ustawą o pomocy obywatelom Ukrainy” (Dz. U. z 2022 r. poz. 583, z późn. zm.);
- 3) Uchwała nr 3/2022 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 18 marca 2022 r. w sprawie zatwierdzenia programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”;
- 4) Uchwała nr 29/2022 Zarządu PFRON z dnia 22 marca 2022 r. w sprawie zatwierdzenia procedur realizacji Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”;
- 5) Uchwała nr 35/2022 Zarządu PFRON z dnia 29 marca 2022 r. w sprawie zatwierdzenia procedur realizacji Modułu I programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”.

2. Realizatorzy programu.

Realizatorem programu w Module I oraz Module II jest Powiat Wołomiński, który przystąpi do realizacji programu i upoważni do działania w jego imieniu Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin, zwanym dalej „PCPR”.

3. Cele programu.

Celem programu jest zapewnienie pomocy obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością, którzy przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium Ukrainy.

4. Beneficjenci programu.

Beneficjentami programu są obywatele Ukrainy z niepełnosprawnością, spełniający łącznie następujące warunki:

- a) ich pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznany za legalny, na podstawie ustawy art. 2 ust. 1 z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy (Dz. U. z 2022 r. poz. 583, z późn. zm.)
- b) posiadają, w przypadku osób pełnoletnich, dokument potwierdzający I lub II stopień niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności, a odnośnie osób małoletnich dokument potwierdzający I lub II stopień niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności, a w przypadku jego braku przedstawią oświadczenie lub oświadczenie opiekuna o jego posiadaniu.

5. Zasięg i czas trwania programu.

- 1) Wsparcie w ramach Programu w Module I i II będzie udzielone na działania i koszty poniesione od dnia 24 lutego 2022 r.
- 2) Data zakończenia programu ustalona zostanie przez Radę Nadzorczą PFRON na podstawie odrębnej uchwały.
- 3) Moduł I i II jest realizowany na terenie całego kraju.



6. Oświadczenia uzyskiwane w postępowaniu.

Wnioskodawca oświadcza, iż:

- a) znane mu są zapisy zawarte w programie oraz w Procedurach realizacji Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” i zobowiązuje się do ich przestrzegania;
- b) nie ubiega się i nie otrzymał na podstawie odrębnego wniosku pomocy finansowej ze środków PFRON i innych środków publicznych na realizację działań będących przedmiotem niniejszej umowy.
- c) podane we wniosku dane są zgodne z prawdą oraz Wnioskodawca przyjął do wiadomości, że podanie przez niego informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
- d) wnioskodawca biorący udział w programie oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych we wniosku, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie.

7. Tryb składania wniosków i zasady rozpatrywania wniosków.

- 1) Wnioski o udzielenie wsparcia można składać w siedzibie PCPR na właściwych drukach wniosków wraz z kompletem wymaganych załączników. Wzór wniosku o udzielenie dofinansowania:
 - a) do Modułu I stanowi załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 7/2022 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 14.04.2022 r. Wzór wniosku, o którym mowa w zdaniu 1, został zatwierdzony uchwałą Zarządu PFRON Nr 35/2022 z dnia 29 marca 2022 r.;
 - b) do Modułu II stanowi załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 7/2022 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 14.04.2022 r.
- 2) PCPR w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje podmiot, który złożył wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
- 3) O podjętych decyzjach PCPR powiadamia Beneficjentów programu niezwłocznie. Warunkiem rozpatrzenia wniosku jest posiadanie przez PCPR środków finansowych PFRON na realizację przedmiotowego programu oraz kompletny status wniosku.
- 4) Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania Wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
- 5) Wnioskodawca zobowiązany jest do powiadomienia PCPR, w formie pisemnej, o każdym zdarzeniu mającym wpływ na wysokość dofinansowania – w terminie 3 dni roboczych od daty zaistnienia tego zdarzenia.
- 6) PCPR nie refunduje kosztów związanych z przygotowaniem wniosku.
- 7) Wnioski rozpatrywane są na bieżąco do wyczerpania środków PFRON na realizację programu w ramach Modułu I, Modułu II.
- 8) Realizator programu informuje, że dane osobowe przekazane wraz z wnioskiem o dofinansowanie mogą zostać przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli.

Rozdział II
Program pn. „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” – Moduł I

1. Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków funduszu.

1. Wsparcie udzielane jest ze środków finansowych PFRON w formie świadczenia na sfinansowanie Beneficjentom programu, wymaganego udziału własnego w limicie wyznaczonym przez NFZ, w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie zwanego dalej „świadczeniem” (Dz. U. z 2021 r. poz. 704, z późn. zm.).

Przykład:

Pozycja 28 z ww. rozporządzenia – Orteza obejmująca gołeń i stopę lub ze strzemiem (typu AFO), ustalony limit finansowania wynosi 400 złotych. Udział własny świadczeniobiorcy zależy od wieku. W przypadku dzieci (osób które nie ukończyły 18 roku życia) wynosi on 0% - NFZ sfinansuje więc 400 złotych, środki w ramach programu nie przysługują. Dla osoby dorosłej udział własny określony jest w wysokości 10% - NFZ sfinansuje więc 360 złotych, 40 złotych przysługuje w ramach programu PFRON.

2. Do rozliczenia dofinansowania ze środków PFRON w ramach modułu I programu wymagana jest Faktura VAT z wyszczególnionym zapisem, dotyczącym przyznanego dofinansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. W przypadku pozytywnej decyzji wypłata świadczenia następuje na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę albo na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia, nie później niż w ciągu 10 dni roboczych od daty podjęcia decyzji, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. Wypłata świadczeń w Programie następuje do momentu wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na realizację programu.
5. Wniosek w ramach Modułu I nie podlega ocenie merytorycznej.
6. W przypadku rezygnacji Wnioskodawcy z dofinansowania, niewykorzystane środki finansowe przechodzą na kolejnych Wnioskodawców.
7. Jeżeli Wnioskodawca zmarł wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu.

2. Monitoring i ewaluacja.

- 1) Monitoring realizacji Programu prowadzony będzie na bieżąco na podstawie analizy wniosków w ramach realizacji programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”- Moduł I oraz rozliczeń z Wnioskodawcami.
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w imieniu Powiatu Wołomińskiego przekazuje do Oddziału PFRON (każdego pierwszego dnia miesiąca, licząc od daty zawarcia umowy) pisemną informację o sposobie wykorzystania środków finansowych przekazanych na realizację Modułu I programu, zawierające w szczególności:
 - a) liczbę Beneficjentów programu w podziale na płeć, stopień niepełnosprawności i datę przybycia do Polski;
 - b) liczbę złożonych wniosków spełniających wymogi programu;
 - c) kwotę wypłaconych w ramach programu świadczeń.

Rozdział III
Program pn. „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” – Moduł II

1. Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków funduszu.

- 1) Organizacje zainteresowane skorzystaniem ze wsparcia w ramach Modułu II programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”, składają w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, wniosek o sfinansowanie realizacji zadania (załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 7/2022 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 14.04.2022”), wraz z kompletem wymaganych załączników.
- 2) W przypadku pozytywnej decyzji przekazanie środków Funduszu następuje zgodnie z zapisami umowy, przelewem na wskazane przez wnioskodawcę konto na rachunku własnym, wynikające z dokumentów finansowych.
- 3) Przekroczenie wydatków ponad wysokość określoną w uznanym kosztorysie w budżecie dodatkowego wsparcia, także w przypadkach, gdy niezbędne było wykonanie dodatkowych czynności, Wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
- 4) Zakres rzeczowy i finansowy zadania określa kosztorys.
- 5) Wnioskodawca zobowiązany jest do przedłożenia dokumentów rozliczeniowych, w terminie 14 dni od daty ich wystawienia.
- 6) W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatku od towarów i usług, w przypadku wnioskodawców będących płatnikami VAT.
- 7) Rozliczenia finansowe powinny zawierać:
 - a) zestawienie dokumentów potwierdzających wydatkowanie środków funduszu w odniesieniu do pozycji kosztorysu;
 - b) zestawienie obejmujące:
 - ✓ nazwę zadania,
 - ✓ koszt realizacji zadania,
 - ✓ kwotę przyznaną przez Centrum,
 - ✓ kwotę środków Funduszu faktycznie wydaną na realizację zadania,
 - ✓ udział innych niż środki Funduszu źródeł finansowania zadania (nazwę źródła i kwotę wydatkowaną)
- 8) Dokumenty składające się na końcowe rozliczenie dofinansowania powinny być podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy.
- 9) W sytuacji, gdy wymagane jest przedstawienie przez wnioskodawcę źródłowych dokumentów rozliczeniowych (rachunków, faktur) dopuszcza się przedłożenie ich kopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy.
- 10) Pomoc finansowa nie może zostać przeznaczona na pokrycie:
 - a) wydatków administracyjnych i biurowych Wnioskodawcy, związanych z organizacją i uruchomieniem pomocy w ramach Modułu II programu;
 - b) wydatków dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej, które są finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - c) świadczeń pieniężnych na rzecz osób fizycznych;
 - d) wydatków, które zostały sfinansowane z innych (niż PFRON) środków publicznych.

3. Monitoring i ewaluacja.

- 1) Monitoring realizacji Programu prowadzony będzie na bieżąco na podstawie analizy wniosków w ramach realizacji programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”- Moduł II oraz rozliczeń z Wnioskodawcami.
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w imieniu Powiatu Wołomińskiego przekazuje do Oddziału PFRON (każdego ostatniego dnia miesiąca, licząc od daty zawarcia umowy) pisemną informację o sposobie wykorzystania środków finansowych przekazanych na realizację Modułu II programu, zawierające w szczególności:
 - a) liczbę Beneficjentów programu w podziale na płeć, stopień niepełnosprawności i datę przybycia do Polski;
 - b) liczbę złożonych wniosków spełniających wymogi programu;
 - c) kwotę wypłaconych w ramach programu świadczeń.

WNIOSEK
o świadczenie w ramach Modułu I programu
„Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”. Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

INFORMACJE o osobie składającej wniosek

Nazwa pola	Zawartość
Wniosek jest składany:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> przez opiekuna małoletniego
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Data przybycia do Polski	

ADRES POBYTU

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam, jak adres pobytu

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI osoby składającej wniosek

Wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu własnym.

Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY FINANSOWEJ

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: zł

Świadczenie przeznaczone jest na sfinansowanie Beneficjentowi programu wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dotyczy zlecenia będącego przedmiotem niniejszego wniosku.

OSOBA MAŁOLETNIA

DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Data przybycia do Polski:	

ADRES POBYTU MAŁOLETNIEGO

Taki sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIEGO

Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

3
A

INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA MAŁOLETNIEGO

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: zł

Świadczenie przeznaczone jest na sfinansowanie Beneficjentowi programu wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dotyczy zlecenia będącego przedmiotem niniejszego wniosku.

FORMA PRZEKAZANIA ŚWIADCZENIA

- przelew na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę
- przelew na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia*
- gotówka w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

* Informacja o rachunku bankowym, na który ma zostać przekazane świadczenie:

Nazwa pola	Zawartość
Dane właściciela rachunku:	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

Oświadczam, że:

- 1) Nie wnioskuję na podstawie odrębnych wniosków w ramach programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” o świadczenie w ramach Modułu I programu na to samo zlecenie, które stanowi przedmiot wniosku.
- 2) Załączam kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyrób medyczny albo naprawę wyrobu medycznego, oraz kopię dowodu zakupu lub naprawy wyrobu medycznego, będącego przedmiotem zlecenia.
- 3) Informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

Miejscowość	Data	Podpis osoby składającej wniosek
Data i podpis pracownika prowadzącego sprawę:		Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Zędzian-Andrzejczyk

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie 4

Maciej Burakowski

WNIOSEK O SFINANSOWANIE REALIZACJI ZADANIA W RAMACH MODUŁU II PROGRAMU „POMOC OBYWATELOM UKRAINY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”

Wniosek należy wypełnić komputerowo. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać nie dotyczy

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Pełna nazwa organizacji pozarządowej:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY:

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

Taki sam jak adres siedziby

ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jakiej pełni w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko	Funkcja



INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Zawartość
Forma prawna	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatki VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżania kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis) ?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Zawartość
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Posiadane zasoby kadrowe wskazujące na możliwość realizacji zadania (należy opisać m. in. doświadczenie i kwalifikacje osób zaangażowanych do realizacji zadania) :	
Doświadczenie Wnioskodawcy przy realizacji zadań / projektów o podobnej tematyce (opis zadań /projektów realizowanych w okresie ostatnich dwóch lat:	

Część B – SZCZEGÓŁOWA INFORMACJA DOTYCZĄCA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO.

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa (tytuł) zadania nadana przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Zawartość
Cel dofinansowania, szczegółowy opis zaplanowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Opis docelowej grupy beneficjentów zadania (osób z niepełnosprawnością/ osób im towarzyszących);	
Planowana liczba Beneficjentów objętych wsparciem łącznie:	
w tym: I stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności;	
w tym: II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności:	
w tym: osoby małoletnie posiadające I lub II stopień niepełnosprawności, w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności:	

Planowana liczba osób towarzyszących (o ile dotyczy):	
Opis i harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania:	

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Zawartość
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

INFORMACJE DODATKOWE

Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania (co będzie bezpośrednim efektem realizacji zadania, jaka zmiana społeczna zostanie osiągnięta poprzez realizację zadania, czy przewidywane jest wykorzystanie rezultatów osiągniętych w trakcie realizacji zadania w dalszych działaniach organizacji)

Nazwa pola	Zawartość
Rezultaty zadania (opis):	

2
4

Część C – BUDŻET ZADANIA

BUDŻET i HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Zawartość
Łączny koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	

Rodzaje kosztów związanych z realizacją zadania

Proszę szczegółowo przedstawić elementy składowe zadania wraz z kwotami, np.:

umowa zlecenie – przewidywany zakres prac i liczba godzin oraz proponowane wynagrodzenie,

wyżywienie – stawka dzienna x ilość osób x ilość dni,

zakwaterowanie – stawka za 1 nocleg x ilość osób x ilość nocy,

itp.:

Lp.	Nazwa wydatków	Zakres finansowy		
		Podstawa Kalkulacji	Ogółem w zł	Ze środków PFRON w zł
1				
2				
3				
4				
Razem:				

1. Pomoc finansowa nie może zostać przeznaczona na pokrycie:

- 1) wydatków administracyjnych i biurowych Wnioskodawcy, związanych z organizacją i uruchomieniem pomocy w ramach Modułu II programu;
- 2) wydatków dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej, które są finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) świadczeń pieniężnych na rzecz osób fizycznych;
- 4) wydatków, które zostały sfinansowane z innych (niż PFRON) środków publicznych.

pieczęćka imienna i podpis	pieczęćka imienna i podpis

Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych.

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o sfinansowanie realizacji zadania w ramach Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” na rok..... przez:

.....
nazwa podmiotu

świadomi odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym (art. 233 § 1 kodeksu karnego) oświadczamy, że:

.....
nazwa podmiotu

1. Podane we wniosku informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym, w tym dane w części A wniosku są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym / właściwą ewidencją – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. Znane mi są postanowienia programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” oraz Procedur realizacji Modułu II tego programu;
3. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
4. Reprezentowany przeze mnie podmiot nie działa w celu osiągnięcia zysku oraz przeznaczą całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają zysku do podziału między swoich członków, udziałowców, akcjonariuszy i pracowników;
5. Korzystał*/nie korzystał* ze środków finansowych Funduszu w ciągu ostatnich 3 lat i wywiązał się*/nie wywiązał się* z umów na wykonanie zadania.
6. Kadra obsługująca zadanie posiada stosowne uprawnienia i kwalifikacje do jego realizacji.
7. Posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
8. Prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.
9. podczas realizacji zadania, przy przetwarzaniu danych osobowych Wnioskodawca przestrzegać będzie obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
10. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Miejscowość:

data:.....

pieczęćka imienna i podpis	pieczęćka imienna i podpis

Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych.

* niepotrzebne skreślić

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Żędzian-Andrzejczyk

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie
Maciej Burakowski

DECLARATION OF WORKS

I, the undersigned, hereby declare that the works mentioned in the attached schedule are the only works to be carried out in the project...

Date: _____

Signature: _____

Date: _____

Signature: _____

Signature: _____

Signature: _____

Signature: _____

Signature: _____

Signature: _____

Signature: _____

Signature: _____

Signature: _____

**KARTA UCZESTNIKA PROGRAMU
w ramach Modułu II pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA/ UCZESTNIKA

Nazwa pola	Zawartość
Wniosek jest składany:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> przez opiekuna małoletniego
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Data przybycia do Polski	

ADRES POBYTU

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam, jak adres pobytu

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (osoby składającej)

Wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu własnym.

Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

OSOBA MAŁOLETNIA

DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Data przybycia do Polski:	

ADRES POBYTU MAŁOLETNIEGO Taki sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIEGO

Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą oraz, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

Miejscowość	Data	Podpis wnioskodawcy/ opiekuna



INFORMACJE O OSOBIE TOWARZYSZĄCEJ *

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Data przybycia do Polski	

ADRES POBYTU

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą oraz, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

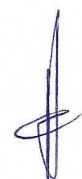
Miejscowość	Data	Podpis osoby towarzyszącej

*Osoba towarzysząca – należy przez to rozmieść osoby towarzyszące Beneficjentom programu (którym udzielono wsparcia w programie), których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest lub był uznany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy (Dz. U. z 2022 r. poz. 583, z późn. zm.);



Lista załączników wymaganych do wniosku:

1. Zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji – Należy przedłożyć oryginał lub kserokopię poświadczoną za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy
Załączono (TAK/NIE);
2. Zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym statut lub regulamin – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy
Załączono (TAK/NIE);
3. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy
Załączono (TAK/NIE);
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach
Załączono (TAK/NIE);
5. Łączna lista uczestników zakwalifikowanych do programu
Załączono (TAK/NIE);
6. Załącznik nr 1 – Oświadczenia wnioskodawcy;
Załączono (TAK/NIE);
7. Załącznik nr 2 - Karta uczestnika realizacji zadania w ramach Modułu II programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” **wraz z wymaganymi załącznikami:**
 - a) Dokument potwierdzający, iż pobyt uczestnika na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznany za legalny, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy (kopia);
– dotyczy Beneficjenta programu oraz osoby towarzyszącej
Załączono (TAK/NIE);
 - b) Dokument potwierdzający I lub II stopień niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności (kopia) lub oświadczenie o jego posiadaniu.
Załączono (TAK/NIE);
 - c) Klauzula informacyjna - Moduł II - wypełnia Beneficjent programu oraz osoba towarzysząca
Załączono (TAK/NIE);



.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko osoby składającej wniosek)

.....
(PESEL osoby składającej wniosek)

.....
(PESEL małoletniego)

.....
Data przybycia do Polski

.....
(adres pobytu)

.....
(telefon)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Legionów 78
05-200 Wołomin**

OŚWIADCZENIE

1) Oświadczam, iż posiadam / małoletni posiada*
Imię i nazwisko

I **lub** II stopień niepełnosprawności, wydany w ramach ukraińskiego systemu orzekania
o niepełnosprawności.

2) Oświadczam, że mój pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznany za legalny,
zgodnie z art. 2 ust.1 ustawy z dnia 12.03.2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy (Dz. U. z 2022
r., poz. 583 z późn. zm.).

3) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych zgodnie z art. 233
§ 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 z późn. zm.)
oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą oraz, że podanie
nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

*Niepotrzebne skreślić

.....
Podpis osoby składającej wniosek

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędziar Andrzejczyk



KLAUZULA INFORMACYJNA
Programu pn.: „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”
– MODUŁ I, Moduł II

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin, jako administrator danych osobowych zawartych we wniosku na podstawie art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9, ust. 2 lit. a RODO.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR Wołomin oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
3. Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione odbiorcom danych o których mowa w art. 4 pkt 9 RODO.
4. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W zakresie przetwarzania danych osobowych zawartych we wniosku ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie:
 - 1) dostępu do danych osobowych zawartych we wniosku (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
 - 2) sprostowania zawartych we wniosku danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości przyznania dofinansowania.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie i zapoznałem/am się z jej treścią.

Miejscowość	Data	Podpis wnioskodawcy/ opiekuna