

Uchwała nr 1/2024
Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych
z dnia 2024 r.

w sprawie przyjęcia dokumentu pn. Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące w 2024 roku realizatorów Modułu I oraz Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.

Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.), a także w związku z uchwałą nr 4/2020 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 18 marca 2020 r. w sprawie zatwierdzenia programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, którego tekst jednolity stanowi załącznik do uchwały nr 1/2021 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 25 lutego 2021 r. uchwała się, co następuje:

Paragraf 1.

Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przyjmuje dokument pn. Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące w 2024 roku realizatorów Modułu I oraz Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, stanowiący załącznik do uchwały.

Paragraf 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik
do uchwały nr 1/2024
Zarządu PFRON
z dnia ... 2024 r.

Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące w 2024 roku realizatorów Modułu I oraz Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.

Program w Module I i II będzie realizowany na terenie jednostek samorządu terytorialnego, dotkniętych w 2024 roku skutkami działania żywiołu. Wystąpienie żywiołu na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego potwierdza uruchomienie celowej pomocy dla poszkodowanych w wyniku żywiołu mieszkańców danej jednostki samorządu terytorialnego udzielanej przez organy administracji rządowej lub samorządowej. Fakt uruchomienia pomocy może być w szczególności potwierdzony odpowiednim rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów albo w formie decyzji Wojewody, w tym o wypłacie mieszkańcom zasiłków celowych związanych z usuwaniem skutków działania żywiołu.

Formy pomocy, które będą realizowane w 2024 roku:

1. Moduł I - jednorazowe świadczenie na rehabilitację społeczną.
2. Moduł II - jednorazowe świadczenie stanowiące rekompensatę poniesionych strat, przeznaczone na pokrycie kosztów zakupu lub naprawy:
 - a) sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych,
 - b) sprzętów/urządzeń posiadanych w ramach zlikwidowanych uprzednio barier technicznych i barier w komunikowaniu się (bez barier architektonicznych) w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, utraconych lub zniszczonych na skutek działania żywiołu - o ile ich zakup był dofinansowany ze środków PFRON, w tym w ramach programów Rady Nadzorczej PFRON.
3. Sprzęt/urządzenie może zostać przez wnioskodawcę zakupione w ramach przyznanego świadczenia, gdy posiadany, wcześniej dofinansowany ze środków PFRON sprzęt/urządzenie, został zniszczony w stopniu wykluczającym naprawę z zastrzeżeniem postanowień, o których jest mowa w rozdziale VI ust. 5 pkt 2 lit. a programu.
4. Na realizację programu w Modułach I i II przeznaczają się środki finansowe do wysokości 2.000.000,00 zł, z możliwością zwiększenia limitu w przypadku zgłoszenia większych potrzeb. Decyzję w sprawie zwiększenia limitu podejmuje Zarząd PFRON.
5. Wnioski o dofinansowanie w ramach Modułu I i II programu nie podlegają ocenie merytorycznej.

6. Wnioski o dofinansowanie w ramach Modułu I i II programu mogą być składane przez osoby niepełnosprawne do realizatora programu w trybie ciągłym, jednakże nie później niż do dnia 2 grudnia 2024 r. W imieniu i na rzecz niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych osób niepełnosprawnych występują rodzice lub opiekunowie prawni tych osób.
7. Zapotrzebowanie realizatora programu na środki PFRON w ramach Modułu I i II może być składane do właściwego terytorialnie Oddziału PFRON w trybie ciągłym, jednakże nie później niż do dnia 9 grudnia 2024 r.

Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 - wzór ZAPOTRZEBOWANIA SAMORZĄDU POWIATOWEGO NA ŚRODKI PFRON na realizację Modułu I i II programu.
- 2) Załącznik nr 2 - wzór INFORMACJI O WYDZIELONYM RACHUNKU BANKOWYM, na który mają być przekazywane środki PFRON w ramach Modułu I i II programu.
- 3) Załącznik nr 3 - ramowy wzór umowy o realizację przez samorząd powiatowy Modułu I i II programu - zawieranej pomiędzy PFRON a realizatorem programu.
- 4) Załącznik nr 4 - ramowy wzór aneksu do umowy o realizację przez samorząd powiatowy Modułu I i II programu w związku z przyznaniem w danym roku kalendarzowym drugiej i każdej następnej transzy środków PFRON na realizację programu.

Wypełnia Oddział PFRON

Nr sprawy: _____



(pieczęć Oddziału PFRON + data wpływu)

ZAPOTRZEBOWANIE SAMORZĄDU POWIATOWEGO NA ŚRODKI PFRON na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Uwaga! Zapotrzebowanie należy dokonać w oparciu o szacunek liczby osób niepełnosprawnych poszkodowanych w wyniku żywiołu i wysokości poniesionych strat.

W zapotrzebowaniu należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez wpisanie odpowiednich informacji lub podkreślenie właściwej odpowiedzi (o ile z treści poleceń zawartych w formularzu nie wynika inaczej), ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

W przypadku, gdy w formularzu przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr ...”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.

Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

1. Dane dotyczące samorządu powiatowego:

Pełna nazwa samorządu powiatowego: _____

NIP (zgodnie ze schematem 000-000-00-00): _____

REGON (9 cyfr): _____

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer posesji: _____

Gmina: _____

Powiat: _____

Zapotrzebowanie samorządu powiatowego na środki PFRON na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Województwo: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail: _____

2. Dane jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, wskazywanej do realizacji programu:

Pełna nazwa jednostki: _____

NIP (zgodnie ze schematem 000-000-00-00): _____

REGON (9 cyfr): _____

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer posesji: _____

Gmina: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail: _____

3. Osoby uprawnione do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych:

(pieczętka imienna/pieczętka imienne + podpis osoby/podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych)

4. Informacja dotycząca oszacowanej kwoty na realizację programu

Uwaga! Należy wskazać przewidywane potrzeby w ramach programu; środki PFRON na realizację programu będą przyznane zgodnie z zasadami wskazanymi w programie; jeżeli jednak kwota wnioskowana będzie niższa niż kwota wyliczona przez PFRON, środki zostaną przekazane w wysokości wnioskowanej. W przypadku, gdy realizator programu występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego informację dotyczącą oszacowanej kwoty na realizację programu należy powielić i dołączyć jako załącznik do zapotrzebowania, ze wskazaniem, że obejmuje realizację programu na

Zapotrzebowanie samorządu powiatowego na środki PFRON na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

terenie samorządu powiatowego, który nie będzie przystępować do realizacji programu (należy podać nazwę tego samorządu).

PRZEZNACZENIE ŚRODKÓW PFRON:

- 1) realizacja programu - pomoc Beneficjentom:
łączna wysokość środków (w zł):
w tym:
 - a) na realizację Modułu I - wysokość środków (w zł):
 - b) na realizację Modułu II - wysokość środków (w zł):
- 2) obsługa realizacji programu (maksymalnie do 2,5% łącznej wysokości środków z pkt. 1):
wysokość środków (w zł):

RAZEM WYSOKOŚĆ ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚRODKI (w zł):

słownie złotych:

5. Załączniki (dokumenty) wymagane do zapotrzebowania

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy zapotrzebowanie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania realizatora programu.
- 2) Inne załączniki (należy wymienić): _____

6. Oświadczenia

Oświadczam, że składając niniejsze zapotrzebowanie na środki przystępuję do realizacji programu.

Miejscowość: _____

(pieczęćka imienna/pieczęćki imienne + data + podpis osoby/podpisy osób upoważnionych do reprezentacji samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych).

Zapotrzebowanie samorządu powiatowego na środki PFRON na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

7. Weryfikacja kompletności zapotrzebowania - wypełnia Oddział PFRON

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do przedmiotowego zapotrzebowania (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Uwagi: _____

(pieczęćka imienna + data + podpis pracownika PFRON)

Wypełnia Oddział PFRON

Nr sprawy: _____



(pieczęć Oddziału PFRON + data wpływu)

**INFORMACJA O WYDZIELONYM RACHUNKU BANKOWYM,
na który mają być przekazywane środki PFRON w ramach Modułu I
i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym
poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych
wywołanych chorobami zakaźnymi”**

Dotyczy umowy: _____ (należy podać w sytuacji, kiedy umowa została już zawarta)

1. Dane dotyczące jednostki samorządu powiatowego:

Pełna nazwa jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, realizującej program:

NIP (zgodnie ze schematem 000-000-00-00): _____

REGON (9 cyfr): _____

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer posesji: _____

Gmina: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji jednostki samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych:

(pieczętka imienna/pieczętki imienne + podpis osoby/podpisy osób upoważnionych do reprezentacji jednostki samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych)

3. Informacja dotycząca rachunku bankowego:

Dane właściciela rachunku: _____

Nazwa banku: _____

Numer rachunku: _____

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do informacji o rachunku bankowym

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy informacja podpisana jest przez osoby upoważnione do reprezentowania jednostki samorządu powiatowego,
- 2) Wydane przez bank zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia informacji) albo umowa otwarcia rachunku lub aneks do umowy o otwarciu nowego rachunku,
- 3) Inne załączniki (należy wymienić): _____

5. Oświadczenia

Oświadczam, że wskazany w niniejszej informacji rachunek bankowy jest wydzielony wyłącznie dla środków PFRON w związku z realizacją Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.

Miejscowość: _____

(pieczętka imienna/pieczętki imienne + data + podpis osoby/podpisy osób upoważnionych do reprezentacji jednostki samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych)

Weryfikacja kompletności informacji - wypełnia Oddział PFRON

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów dotyczących rachunku bankowego
(należy wpisać TAK lub NIE): _____

Uwagi: _____

(pieczęćka imienna + data + podpis pracownika PFRON)

Ramowy WZÓR

UMOWA nr
(zgodnie z systemem MIDAS)
o realizację przez samorząd powiatowy Modułu I i II programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu
lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

zawarta w dniu (wstaw datę miesiąc słownie) w (wstaw miejscowość)
pomiędzy:

Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie
Al. Jana Pawła II nr 13, zwanym dalej „PFRON”, który reprezentują:

- 1) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw stanowisko)
- 2) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw stanowisko)

a

..... (wstaw nazwę osoby prawnej) z siedzibą

w (wstaw miejscowość)

..... (wstaw numer kodu pocztowego, dokładny adres)

zwanym dalej „**Samorządem powiatowym**” który reprezentują:

- 1) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw funkcję)
- 2) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw funkcję)

jeżeli w imieniu Samorządu powiatowego nie podpisują umowy osoby statutowo uprawnione
do reprezentowania danej osoby prawnej (jednostki organizacyjnej), należy dodać:

zgodnie z treścią pełnomocnictwa z dnia (wstaw datę)

o następującej treści:

Paragraf 1.

1. Przedmiotem umowy jest realizacja przez Samorząd powiatowy programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” w Module I i II, zwanego dalej „**programem**”.
2. Samorząd powiatowy zobowiązuje się do przestrzegania postanowień określonych w programie.
3. Przekazane przez PFRON, w ramach niniejszej umowy, środki finansowe przeznaczone zostaną przez Samorząd powiatowy na pomoc finansową dla osób niepełnosprawnych poszkodowanych na skutek żywiołu:

Umowa o realizację przez Samorząd powiatowy Modułu I i II programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu
lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

- 1) w ramach Modułu I - w formie jednorazowego świadczenia na rehabilitację społeczną z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 pkt 1,
 - 2) w ramach Modułu II - w formie jednorazowego świadczenia stanowiącego rekompensatę poniesionych strat i/lub pokrycie kosztów przeprowadzenia naprawy z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i ust. 5 pkt 2.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, przeznaczone jest na:
- 1) zakup lub naprawę sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych utraconych lub zniszczonych na skutek działania żywiołu,
 - 2) usunięcie powstałych na skutek działania żywiołu szkód, w obrębie zlikwidowanych uprzednio barier technicznych i barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych - zakup/naprawę sprzętu/urządzeń
- o ile ich zakup był dofinansowany ze środków PFRON, w tym w ramach programów Rady Nadzorczej PFRON.
5. Wysokość świadczenia przypadającego danej osobie niepełnosprawnej:
- 1) w ramach Modułu I wynosi do 2.000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych):
 - 2) w ramach Modułu II:
 - a) w przypadku naprawy sprzętu/urządzenia - nie może przekroczyć 100% kosztów jej dokonania z zastrzeżeniem, że koszt naprawy nie może stanowić więcej niż 50% kosztów zakupu naprawianego sprzętu/urządzenia,
 - b) w przypadku utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu sprzętu /urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego objętego dofinansowaniem ze środków PFRON - nie może przekroczyć kwoty jego zakupu, (przy ustaleniu wysokości kwoty zakupu brany jest pod uwagę również ewentualnie wniesiony przez wnioskodawcę wkład własny),
- z zastrzeżeniem, że wysokość świadczenia nie może przekraczać kwoty wnioskowanej przez wnioskodawcę i dodatkowo w odniesieniu do Modułu I nie może przekroczyć łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych zamieszkujących w danym gospodarstwie domowym, które poniosło straty w wyniku żywiołu, dwukrotności pomocy udzielonej przez organy administracji rządowej i samorządowej przekazywanej w formie zasiłku celowego.
6. Wzory wniosków o udzielenie pomocy w ramach poszczególnych modułów programu stanowią:
- a) w przypadku Modułu I - załącznik nr 1 do umowy,
 - b) w przypadku Modułu II - załącznik nr 2 do umowy.
7. W uzasadnionych przypadkach w odniesieniu do adresata programu Samorząd powiatowy może pisemnie wnioskować do Oddziału PFRON o udzielenie indywidualnego wsparcia wykraczającego poza pomoc określoną w ust. 3.

Paragraf 2.

1. Samorząd powiatowy zobowiązuje się do uzyskania od Beneficjentów oświadczenia, iż nie otrzymali na podstawie odrębnych wniosków dofinansowania lub dotacji na zadania, o których mowa w paragrafie 1 ust. 4 oraz, że utracony lub zniszczony na skutek działania żywiołu sprzęt/urządzenie/środek pomocniczy/przedmiot ortopedyczny nie był objęty ubezpieczeniem od utraty, uszkodzenia lub zniszczenia mienia na skutek zaistnienia nieprzewidzianego zdarzenia.
2. Samorząd powiatowy oświadcza, że znane mu są zapisy zawarte w programie oraz dokumentach dotyczących realizacji tego programu i zobowiązuje się do ich stosowania.
3. Do realizacji Modułu I i II programu Samorząd powiatowy wyznacza:
..... (wstaw nazwę Jednostki samorządu powiatowego/adres),
zwaną dalej „Jednostką samorządu powiatowego”.

Paragraf 3.

1. PFRON przeznacza na realizację Modułu I i II programu przez Samorząd powiatowy środki finansowe do łącznej wysokości zł (słownie złotych:), w tym na:
 - 1) pomoc Beneficjentom realizowaną w ramach programu, do łącznej wysokości zł (słownie złotych:),
 - 2) obsługę realizacji programu, do wysokości zł (słownie złotych:).
2. Płatność przez PFRON przyznanych Samorzędowi powiatowemu środków finansowych nastąpi w polskich złotych. Samorząd powiatowy zobowiązuje się, że Jednostka samorządu powiatowego wydzieli osobny rachunek bankowy, w celu zapewnienia ewidencji księgowej dla środków pozyskanych z PFRON, w ramach realizacji niniejszej umowy. Samorząd powiatowy zobowiązuje się, że Jednostka samorządu powiatowego przedłoży do PFRON numer tego rachunku przed przekazaniem środków PFRON.
3. Przekazanie środków PFRON nastąpi po podpisaniu umowy oraz po spełnieniu przez Samorząd powiatowy zobowiązań określonych w ust. 2.
4. Wysokość środków PFRON przeznaczonych przez Jednostkę samorządu powiatowego na realizację każdego wniosku nie może przekroczyć maksymalnych kwot dofinansowań określonych w programie, z zastrzeżeniem postanowień paragrafu 1 ust. 5.
5. Koszty obsługi, o których mowa w ust. 1 pkt 2 pokrywane są ze środków PFRON do wysokości 2,5% środków przekazanych przez PFRON na realizację programu z zastrzeżeniem postanowień ust. 6. W ramach środków finansowych przekazanych przez PFRON na obsługę realizacji programu, Samorząd powiatowy pokrywa wydatki rzeczowe i osobowe, związane z działaniami,

Umowa o realizację przez Samorząd powiatowy Modułu I i II programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu
lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

na które środki te zostały przeznaczone. Wydatki dokonane przez Samorząd powiatowy w ramach tych środków nie podlegają rozliczeniu z PFRON.

6. W przypadku, gdy samorząd powiatowy wykorzysta poniżej 90% środków przekazywanych w danym roku przez PFRON na realizację programu w związku z wystąpieniem danej sytuacji kryzysowej, wysokość środków na obsługę programu będzie wyliczana od wysokości środków wykorzystanych na realizację programu.

Paragraf 4.

Samorząd powiatowy poprzez Jednostkę samorządu powiatowego zobowiązuje się do:

- 1) udzielania pomocy finansowej Beneficjentom programu zgodnie z zasadami programu i dokumentami dotyczącymi jego realizacji,
- 2) prowadzenia dokumentacji rozliczeniowej i przechowywania przez 5 lat dokumentów rozliczeniowych na podstawie, których środki PFRON zostały przyznane, przekazane Beneficjentom i rozliczone,
- 3) monitorowania, kontroli i rozliczania środków przyznanych Beneficjentom przez Jednostkę samorządu powiatowego i wydatkowanych w ramach programu,
- 4) przesyłania do Oddziału PFRON aktualizacji zapotrzebowania na środki na realizację programu w sytuacji, kiedy wymagane jest zwiększenie wysokości środków, o których mowa w paragrafie 3 ust. 1. Wzór AKTUALIZACJI ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚRODKI PFRON na realizację Modułu I i II programu stanowi załącznik nr 3 do umowy,
- 5) umożliwienia w każdym czasie przez okres 5 lat od daty zawarcia umowy przedstawicielowi PFRON przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji programu przez Samorząd powiatowy, w tym przez Jednostkę samorządu powiatowego oraz do udzielania na życzenie PFRON wyjaśnień, lub pisemnych informacji o przebiegu oraz zaawansowaniu wykonania programu. Prawo kontroli przysługuje PFRON zarówno: w siedzibie Samorządu powiatowego, jak i w siedzibie Jednostki samorządu powiatowego.
- 6) zwrotu do PFRON środków:
 - a) niewykorzystanych i odsetek zgromadzonych na rachunku bankowym, powstałych wskutek zdeponowania na nim środków PFRON,
 - b) wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem lub programem, w terminie 15 dni roboczych od dnia ustalenia przez podmioty uprawnione kwot niewłaściwie wykorzystanych.
- 7) informowania, że program jest finansowany ze środków PFRON; informacja na ten temat powinna zostać zamieszczona w materiałach promocyjnych, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego programu. Obowiązek, o którym mowa powyżej polega co najmniej na umieszczeniu logo PFRON na materiałach określonych w tym ustępie; Samorząd powiatowy ma prawo do wykorzystania logo PFRON wyłącznie do celów niekomercyjnych oraz nie może go dalej przekazywać innym podmiotom; Samorząd powiatowy zobowiązany jest do przestrzegania

zasad określonych w „Katalogu identyfikacji wizualnej PFRON”, zamieszczonym na stronie internetowej PFRON: www.pfron.org.pl.

Paragraf 5.

1. Samorząd powiatowy, bądź Jednostka samorządu powiatowego zobowiązany/a jest do powiadomienia PFRON, w formie pisemnej, o każdym zdarzeniu mającym wpływ na termin lub zakres realizacji zobowiązań wynikających z umowy, do 5 dni roboczych od zaistnienia zdarzenia.
2. Niezachowanie terminu, o którym mowa w ust. 1 może stanowić podstawę do rozwiązania umowy przez PFRON.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 zwrot środków następuje zgodnie z postanowieniami paragrafu 7 niniejszej umowy.

Paragraf 6.

1. Samorząd powiatowy, bądź Jednostka samorządu powiatowego po zakończeniu wypłaty świadczeń zobowiązany/a jest do złożenia do Oddziału PFRON informacji o zakresie i sposobie wykorzystania środków przekazanych na realizację programu zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do umowy.
2. PFRON zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów, o których mowa w ust. 1 i żądania zwrotu przekazanych środków finansowych powyżej zweryfikowanych kwot.
3. Dokumenty wymienione w ust. 1 Samorząd powiatowy, bądź jednostka samorządu powiatowego zobowiązuje się złożyć w terminie do dnia(wstaw datę).
4. Do rozliczenia samorząd powiatowy, bądź Jednostka samorządu powiatowego przedłoży historię rachunku bankowego, o którym mowa w paragrafie 3 ust. 2, potwierdzając przekazanie na konto PFRON odsetek zgromadzonych na tym koncie.
5. Samorząd powiatowy, bądź Jednostka samorządu powiatowego zobowiązany/a jest do składania na żądanie PFRON dodatkowych wyjaśnień oraz dokumentów źródłowych, niezbędnych do rozliczenia przyznanych przez PFRON środków finansowych.
6. O rozliczeniu przyznanych środków finansowych PFRON powiadomi Samorząd powiatowy /Jednostkę samorządu powiatowego odrębnym pismem, w terminie 5 dni roboczych od podjęcia decyzji w tym zakresie.

Paragraf 7.

1. Zwrotowi, na wskazany przez PFRON rachunek bankowy, podlega:
 - 1) kwota środków w części, która podczas rozliczenia została nieuznana przez PFRON, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania środków finansowych przez PFRON na rachunek wskazany przez Samorząd powiatowy/Jednostkę samorządu powiatowego - w terminie wskazanym w skierowanej

Umowa o realizację przez Samorząd powiatowy Modułu I i II programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu
lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

do Samorządu powiatowego /Jednostki samorządu powiatowego pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej części środków (wezwanie do zapłaty),

- 2) część środków niewykorzystana przez Samorząd powiatowy/Jednostkę samorządu powiatowego na realizację umowy - w terminie 15 dni roboczych od dnia ustalenia przez PFRON, że na realizację umowy została wykorzystana tylko część przekazanych środków,
 - 3) odsetki powstałe na rachunku bankowym wydzielonym przez Jednostkę samorządu powiatowego dla środków otrzymywanych z PFRON w ramach niniejszej umowy podlegają zwrotowi - w terminie 15 dni roboczych od dnia ustalenia przez PFRON, że na realizację umowy została wykorzystana tylko część przekazanych środków.
2. Zwrot środków finansowych w terminie późniejszym niż określony w ust. 1 pkt 2, spowoduje naliczenie odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.
 3. W przypadku wykorzystania całości lub części środków niezgodnie z przeznaczeniem, Samorząd powiatowy/Jednostka samorządu powiatowego zobowiązany/a jest w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, do zwrotu całości lub części nieprawidłowo wykorzystanych środków wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia przekazania przez PFRON środków na rachunek bankowy wskazany przez Jednostkę samorządu powiatowego do dnia ich zwrotu na rachunek bankowy PFRON.
 4. Odsetek, o których mowa w ust. 1 pkt 1 oraz w ust. 3 nie nalicza się w przypadku, gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków, było niezależne od Samorządu powiatowego/Jednostki samorządu powiatowego.

Paragraf 8.

1. Kontrola przeprowadzana jest zgodnie z zasadami i trybem określonym w przepisach wykonawczych, wydanych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
2. W przypadku stwierdzenia, w wyniku kontroli lub działań monitorujących przeprowadzonych przez PFRON lub po sprawdzeniu rozliczenia końcowego, że Samorząd powiatowy/Jednostka samorządu powiatowego:
 - 1) wykorzystał/a środki w całości lub w części na inne cele, niż określone w programie, albo
 - 2) nienależycie wykonał/a zadania, wynikające z programu i niniejszej umowy, przekazane przez PFRON środki podlegają zwrotowi w części lub w całości wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez PFRON na rachunek wskazany przez jednostkę samorządu powiatowego – w terminie wskazanym w skierowanej do Samorządu powiatowego/Jednostki samorządu powiatowego pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej części środków (wezwanie do zapłaty) liczonymi od dnia ich otrzymania.
3. Otrzymane środki oraz odsetki, o których mowa w ust. 2, podlegają zwrotowi na rachunek bankowy, o którym mowa w paragrafie 7 ust. 1, w terminie 15 dni roboczych od dnia ustalenia

nienależytego wykonania zadań wynikających z umowy lub ustalenia, że zostały przeznaczone na inne cele niż określone w programie.

Paragraf 9.

1. PFRON zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - 1) niewykonania przez Samorząd powiatowy/Jednostkę samorządu powiatowego zobowiązań określonych w umowie, a w szczególności:
 - a) nieterminowego lub nienależytego wykonywania umowy,
 - b) wykorzystania przekazanych przez PFRON środków na inne cele niż określone w umowie,
 - 2) odmowy poddania się kontroli, o której mowa w paragrafie 4 pkt. 5 i w paragrafie 8 umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn określonych w ust. 1, Samorząd powiatowy poprzez Jednostkę samorządu powiatowego zobowiązuje się do zwrotu kwoty przekazanej przez PFRON, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia wykonania przez PFRON płatności tych środków do dnia uregulowania całości włącznie - w terminie określonym w informacji o rozwiązaniu umowy.
3. Jeżeli zgodnie z zasadami niniejszej umowy PFRON podejmie kroki w celu odzyskania przekazanych środków, zobowiązany będzie do:
 - 1) wypowiedzenia niniejszej umowy ze wskazaniem powodu wypowiedzenia,
 - 2) określenia wysokości roszczenia, przy czym w sytuacjach, o których mowa w art. 49e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych poprzez wydanie decyzji nakazującej zwrot wypłaconych środków,
 - 3) wyznaczenia terminu zwrotu przekazanych środków wraz z odsetkami,
 - 4) wysłania wypowiedzenia listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Ustala się, iż adresami do korespondencji są: adres siedziby PFRON tj. (wstaw adres) oraz adres samorządu powiatowego tj. (wstaw adres).
4. Strony ustalają, iż prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie przez strony za doręczoną.

Paragraf 10.

Podczas realizacji programu Samorząd powiatowy zobowiązany jest wypełniając – jako administrator danych osobowych Beneficjentów - obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r., str. 1), poinformować Beneficjentów, że ich dane osobowe mogą zostać przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Samorząd powiatowy oraz do celów

Umowa o realizację przez Samorząd powiatowy Modułu I i II programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu
lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

sprawozdawczych i ewaluacyjnych, o czym szczegółowe informacje można uzyskać na stronie internetowej PFRON (<https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>).

Paragraf 11.

1. Umowa wygasa po wypełnieniu przez samorząd powiatowy wszystkich zobowiązań wynikających z umowy.
2. Umowa może być rozwiązana za zgodą stron przed upływem ustalonego terminu realizacji programu, w przypadku wystąpienia okoliczności niezależnych od woli stron, uniemożliwiających wykonanie umowy.

Paragraf 12.

1. Wszelkie oświadczenia, związane z realizacją umowy, powinny być składane przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu samorządu powiatowego.
2. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy o finansach publicznych, a także ustawy prawo zamówień publicznych.
4. Wszelkie spory wynikłe z umowy podlegają rozpatrzeniu przez Sąd właściwy dla siedziby PFRON w (wstaw miejscowość).
5. Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania.

Paragraf 13.

Umowę sporządzono w 2 (dwóch) jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla PFRON i jeden dla samorządu powiatowego.

.....

.....

.....

.....

PFRON

SAMORZĄD POWIATOWY

Załącznik nr 1
do umowy nr
z dnia

Wypełnia realizator programu

Numer Wniosku: _____

Wniosek złożono w: _____



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

(pieczęć realizatora programu + pieczęć
i podpis osoby przyjmującej wniosek + data
przyjęcia/wpływu wniosku)

WNIOSEK

o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Program jest adresowany do poszkodowanych na skutek żywiołu:

- 1) osób niepełnosprawnych posiadających aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
- 2) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej posiadających aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia.

W imieniu i na rzecz niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych osób niepełnosprawnych (zwanych dalej „podopiecznymi”) występują rodzice lub opiekunowie prawni tych osób.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy udzielanej w ramach programu znajdują się na witrynie internetowej PFRON: www.pfron.org.pl w zakładce: „O Funduszu” w podzakładce: „Programy i zadania PFRON”. Informacje w powyższej kwestii można uzyskać również na witrynie internetowej realizatora programu.

Uwaga! Wniosek składa się z dwóch części: A i B.

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca, CZĘŚĆ B - wypełnia realizator programu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez wpisanie odpowiednich informacji lub podkreślenie właściwej odpowiedzi (o ile z treści poleceń zawartych we wniosku nie wynika inaczej).

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca

KOGO DOTYCZY WNIOSEK:

Wniosek dotyczy (należy pokreślić właściwą odpowiedź/właściwe odpowiedzi, uzupełnić jeżeli wynika tak z treści polecenia):

- 1) bezpośrednio Wnioskodawcy - Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu i/lub
- 2) podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:
 - a) rodzicem
 - b) opiekunem prawnym (inny niż rodzic)

Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek (należy wpisać odpowiednią liczbę): _____

1. Informacje o Wnioskodawcy:

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL (11 cyfr): _____

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Seria/numer dowodu osobistego: _____

wydany w dniu (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

wydany przez: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail (o ile dotyczy): _____

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (o ile dotyczy):

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z trzech możliwych)

- 1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
- 2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
- 3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) bezterminowo
- 2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

2. Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy (o ile wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych):

Uwaga! Jeżeli wniosek dotyczy więcej niż jednego podopiecznego informacje z zakresu DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO oraz STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO należy odpowiednio powielić i uzupełnić dla każdego z podopiecznych z osobna bezpośrednio pod informacjami dotyczącymi pierwszego z podopiecznych.

DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO:

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL (11 cyfr): _____

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Pełnoletni (należy wpisać TAK lub NIE): _____

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO:

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z czterech możliwych)

- 1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
- 2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
- 3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)
- 4) ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) bezterminowo
- 2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

3. Adres zamieszkania:

ADRES ZAMIESZKANIA - POBYT STAŁY:

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer domu: _____

Numer mieszkania: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

ADRES DO KORESPONDENCJI (o ile jest inny niż podany adres zamieszkania):

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000):

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer domu: _____

Numer mieszkania: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMIESZKANIA (o ile dotyczy):

(Należy podać poniżej)

4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy:

Uwaga! Wysokość wnioskowanej pomocy należy określić łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych, których dotyczy przedmiotowy wniosek. Wysokość świadczenia przypadającego na jedną osobę niepełnosprawną w ramach Modułu I wynosi do 2.000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych). Pomoc w ramach Modułu I nie może przekroczyć łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych zamieszkujących w danym gospodarstwie domowym, które poniosło straty w wyniku żywiołu, dwukrotności pomocy udzielonej przez organy administracji rządowej i samorządowej przekazywanej w formie zasiłku celowego.

WNIOSKOWANA POMOC:

Przeznaczenie pomocy: Rehabilitacja społeczna osoby niepełnosprawnej poszkodowanej w wyniku żywiołu.

RAZEM WNIOSKOWANA POMOC W RAMACH MODUŁU I ZE ŚRODKÓW PROGRAMU

(w zł): _____

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

słownie złotych: _____

INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM, NA KTÓRY MAJĄ ZOSTAĆ PRZEKAZANE ŚRODKI (w przypadku przyznania jednorazowego świadczenia w ramach Modułu I programu):

Dane właściciela rachunku: _____

Nazwa banku: _____

Numer rachunku: _____

5. Załączniki do wniosku:

Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Uwaga! Decyzja o przyznaniu zasiłku celowego nie musi być wystawiona imiennie na daną osobę niepełnosprawną - ważne, żeby dotyczyła tego samego gospodarstwa domowego, co gospodarstwo, w którym mieszka osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek o udzielenie pomocy w ramach programu. Niektóre decyzje dotyczące zasiłku celowego wydawane są w oparciu o inną podstawę prawną niż wskazana powyżej - na podstawie art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a nie na podstawie art. 40 ust. 2. Należy mieć na uwadze, że z treści tych decyzji musi wynikać, że zostały one podjęte w odniesieniu do strat poniesionych w związku z żywiołem w budynku mieszkalnym/w wyniku zdarzenia losowego, np. nawałnicy o charakterze klęski żywiołowej itp.

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

6. Oświadczenia Wnioskodawcy:

- 1) podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania przez realizatora programu, którym w moim przypadku jest (poniżej należy wpisać nazwę i adres realizatora programu):

- 2) zapoznałam/zapoznałem (podkreślić właściwe) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst niniejszego programu dostępny jest pod adresem: www.pfron.org.pl oraz na witrynie internetowej realizatora programu,
- 3) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu,
- 4) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia i uzupełnienia do wniosku należy dostarczyć w ciągu 14 kolejnych dni od daty otrzymania pisma od realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 5) podopieczny zamieszkuje/podopieczni zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały)/nie dotyczy (podkreślić właściwe),
- 6) wyrażam zgodę na pozyskanie przez realizatora programu brakujących informacji niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania z innych urzędów.

Data podpisania wniosku (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Miejscowość: _____

(podpis Wnioskodawcy)

CZĘŚĆ B (nieudostępniana Wnioskodawcy) - wypełnia realizator programu

1. WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Weryfikacja formalna wniosku nr (numer zgodny z nadanym na pierwszej stronie wniosku):

Warunki weryfikacji:

- 1) Wnioskodawca/podopieczny/podopieczni/spełnia/spełniają wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania świadczenia (podkreślić właściwe) (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Uwagi: _____

- 2) Wniosek kompletny w dniu przyjęcia (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Uwagi: _____

Data weryfikacji wniosku (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)

(pieczętka imienna + data + podpis pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku)

Zatwierdził:

(pieczętka imienna + data + podpis kierownika jednostki organizacyjnej)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

2. DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

Decyzja: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)

PRYZNANA KWOTA JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA

(w zł): _____

słownie złotych: _____

Uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej: _____

(pieczętki imienne + data + podpisy osób podejmujących decyzję)

Informacja o przekazaniu jednorazowego świadczenia w ramach Modułu I programu na rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę

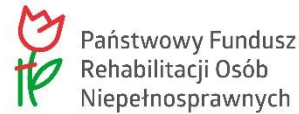
Data dokonania przelewu (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

(pieczętka imienna + podpis osoby dokonującej przelewu środków)

Wypełnia realizator programu

Numer Wniosku: _____

Wniosek złożono w: _____



(pieczętka realizatora programu + pieczętka
i podpis osoby przyjmującej wniosek + data
przyjęcia/wpływu wniosku)

WNIOSEK

o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Program jest adresowany do poszkodowanych na skutek żywiołu:

- 1) osób niepełnosprawnych posiadających aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
- 2) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej posiadających aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia.

W imieniu i na rzecz niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych osób niepełnosprawnych (zwanych dalej „podopiecznymi”) występują rodzice lub opiekunowie prawni tych osób.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy udzielanej w ramach programu znajdują się na witrynie internetowej PFRON: www.pfron.org.pl w zakładce: „O Funduszu” w podzakładce: „Programy i zadania PFRON”. Informacje w powyższej kwestii można uzyskać również na witrynie internetowej realizatora programu.

Uwaga! Wniosek składa się z dwóch części: A i B.

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca, CZĘŚĆ B - wypełnia realizator programu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez wpisanie odpowiednich informacji lub podkreślenie właściwej odpowiedzi (o ile z treści poleceń zawartych we wniosku nie wynika inaczej).

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca

KOGO DOTYCZY WNIOSEK:

Wniosek dotyczy (należy pokreślić właściwą odpowiedź/właściwe odpowiedzi, uzupełnić jeżeli wynika tak z treści polecenia):

- 1) bezpośrednio Wnioskodawcy - Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu i/lub
- 2) podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:
 - a) rodzicem
 - b) opiekunem prawnym (inny niż rodzic)

Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek (należy wpisać odpowiednią liczbę): _____

1. Informacje o Wnioskodawcy:

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL (11 cyfr): _____

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Seria/numer dowodu osobistego: _____

wydany w dniu (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

wydany przez: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail (o ile dotyczy): _____

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (o ile dotyczy):

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z trzech możliwych)

- 1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
- 2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
- 3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) bezterminowo
- 2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

2. Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy (o ile wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych):

Uwaga! Jeżeli wniosek dotyczy więcej niż jednego podopiecznego informacje z zakresu DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO oraz STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO należy odpowiednio powielić i uzupełnić dla każdego z podopiecznych z osobna bezpośrednio pod informacjami dotyczącymi pierwszego z podopiecznych.

DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO:

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL (11 cyfr): _____

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Pełnoletni (należy wpisać TAK lub NIE): _____

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO:

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z czterech możliwych)

- 1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
- 2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
- 3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)
- 4) ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) bezterminowo
- 2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

3. Adres zamieszkania:

ADRES ZAMIESZKANIA - POBYT STAŁY:

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer domu: _____

Numer mieszkania: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

ADRES DO KORESPONDENCJI (o ile jest inny niż podany adres zamieszkania):

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000):

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer domu: _____

Numer mieszkania: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMIESZKANIA (o ile dotyczy):

(Należy podać poniżej)

4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy:

Uwaga! Informację należy przygotować dla każdego utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego. W przypadku naprawy sprzętu/urządzenia należy pamiętać, że wysokość świadczenia nie może przekroczyć 100% kosztów jej dokonania z zastrzeżeniem, że koszt naprawy nie może stanowić więcej niż 50% kosztów zakupu naprawianego sprzętu/urządzenia. Jeżeli wniosek dotyczy więcej niż jednego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego informacje z zakresu INFORMACJA NA TEMAT UTRACONEGO LUB ZNISZCZONEGO SPRZĘTU/URZĄDZENIA/ŚRODKA POMOCNICZEGO/PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO należy odpowiednio powielić i uzupełnić dla każdego z nich z osobna (jeden po drugim).

INFORMACJA NA TEMAT UTRACONEGO LUB ZNISZCZONEGO

SPRZĘTU/URZĄDZENIA/ŚRODKA POMOCNICZEGO/PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO:

Nazwa sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:

W użytkowaniu przez (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) Wnioskodawcę
- 2) podopiecznego (należy podać imię i nazwisko): _____

Czy powyższy sprzęt/urządzenie/środek pomocniczy/przedmiot ortopedyczny był ubezpieczony? (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Krótki opis poniesionej szkody: _____

Nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc ze środków PFRON (należy pokreślić jedną odpowiedź z sześciu możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych
- 2) dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego
- 3) dofinansowanie środków pomocniczych
- 4) likwidacja barier technicznych
- 5) likwidacja barier w komunikowaniu się
- 6) program PFRON, należy podać nazwę: _____

Jaki podmiot udzielił pomocy (należy uzupełnić np. Oddział PFRON w ... lub PCPR w ... lub MOPR w ...): _____

Szczegóły otrzymanej pomocy:

- a) Numer umowy: _____
- b) Data zawarcia umowy (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____
- c) Przyznana kwota pomocy (w zł): _____

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

- d) Kwota rozliczona przez podmiot udzielający pomocy (w zł): _____
e) Kwota zakupu (w zł): _____

Przeznaczenie wnioskowanej aktualnie pomocy (należy pokreślić jedną odpowiedź z trzech możliwych):

- 1) dofinansowanie kosztów naprawy
- 2) refundacja kosztów naprawy
- 3) rekompensata z tytułu utraty/zniszczenia

WNIOSKOWANA POMOC (w zł): _____

słownie złotych: _____

RAZEM WNIOSKOWANA POMOC W RAMACH MODUŁU II ZE ŚRODKÓW PROGRAMU:

Uwaga! Należy wskazać łącznie dla wszystkich sprzętów/urządzeń/środków pomocniczych/ przedmiotów ortopedycznych wykazywanych w INFORMACJACH NA TEMAT UTRACONEGO LUB ZNISZCZONEGO SPRZĘTU/URZĄDZENIA/ŚRODKA POMOCNICZEGO/PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO.

RAZEM WNIOSKOWANA POMOC W RAMACH MODUŁU II ZE ŚRODKÓW PROGRAMU (w zł): _____

słownie złotych: _____

INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM, NA KTÓRY MAJĄ ZOSTAĆ PRZEKAZANE ŚRODKI (w przypadku przyznania jednorazowego świadczenia w ramach Modułu II programu):

Dane właściciela rachunku: _____

Nazwa banku: _____

Numer rachunku: _____

5. Załączniki do wniosku:

- 1) w odniesieniu do każdego naprawianego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego /przedmiotu ortopedycznego wykazywanego we wniosku należy przedstawić przygotowany przez serwis kosztorys naprawy lub kopię rachunku/faktury za przeprowadzoną naprawę,
- 2) w odniesieniu do każdego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu, wykazywanego w przedmiotowym wniosku, należy przedstawić kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie wsparcia ze środków PFRON (np. kopia umowy dofinansowania/refundacji lub informacja od podmiotu, który udzielił pomocy w przedmiotowym zakresie) oraz kopię dowodu zakupu (o ile Wnioskodawca posiada).

6. Oświadczenia Wnioskodawcy:

- 1) podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania przez realizatora programu, którym w moim przypadku jest (poniżej należy wpisać nazwę i adres realizatora programu): _____

- 2) zapoznałam/zapoznałem (podkreślić właściwe) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst niniejszego programu dostępny jest pod adresem: www.pfron.org.pl oraz na witrynie internetowej realizatora programu,
- 3) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu,
- 4) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia i uzupełnienia do wniosku należy dostarczyć w ciągu 14 kolejnych dni od daty otrzymania pisma od realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 5) podopieczny zamieszkuje/podopieczni zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały)/nie dotyczy (podkreślić właściwe),
- 6) wyrażam zgodę na pozyskanie przez realizatora programu brakujących informacji/załączników niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania z innych urzędów/nie dotyczy (podkreślić właściwe)

Data podpisania wniosku (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Miejscowość: _____

(podpis Wnioskodawcy)

CZĘŚĆ B (nieudostępniana Wnioskodawcy) - wypełnia realizator programu

1. Wizja lokalna przeprowadzona przez pracownika/pracowników realizatora programu

Uwagi: _____

Data przeprowadzenia wizji lokalnej

(zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Miejscowość: _____

(podpis Wnioskodawcy, w obecności którego przeprowadzono wizję lokalną)

(pieczętka imienna + data + podpis pracownika/podpisy pracowników realizatora programu przeprowadzających wizję lokalną)

2. WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Weryfikacja formalna wniosku nr (numer zgodny z nadanym na pierwszej stronie wniosku): _____

Warunki weryfikacji:

- 1) Wnioskodawca/podopieczny/podopieczni/spełnia/spełniają wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania świadczenia (podkreślić właściwe) (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Uwagi: _____

- 2) Wniosek kompletny w dniu przyjęcia (należy wpisać TAK lub NIE): _____
Uwagi, w tym ustalenia realizatora programu w zakresie brakującego załącznika/brakujących załączników (w sytuacji, kiedy dotyczy): _____

Data weryfikacji wniosku (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)

(pieczętka imienna + data + podpis pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku)

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Zatwierdził:

(pieczętka imienna + data + podpis kierownika jednostki organizacyjnej)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON
(zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

3. DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

Decyzja: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)

PRYZNANA KWOTA JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA

(w zł): _____

słownie złotych: _____

Uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej: _____

(pieczętki imienne + data + podpisy osób podejmujących decyzję)

Informacja o przekazaniu jednorazowego świadczenia w ramach Modułu II programu
na rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę

Data dokonania przelewu (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

(pieczętka imienna + podpis osoby dokonującej przelewu środków)

Wypełnia Oddział PFRON

Nr sprawy: _____



(pieczęć Oddziału PFRON + data wpływu)

**AKTUALIZACJA ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚRODKI PFRON
na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom
niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji
kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”
w roku (wstaw rok)**

Dotyczy umowy: _____ (należy podać numer umowy z PFRON)

Uwaga! Aktualizacja zapotrzebowania wymaga aneksowania umowy. W zapotrzebowaniu należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez wpisanie odpowiednich informacji lub podkreślenie właściwej odpowiedzi (o ile z treści poleceń zawartych w formularzu nie wynika inaczej), ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr ...”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

1. Dane dotyczące jednostki samorządu powiatowego:

Pełna nazwa jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, realizującej program:

NIP (zgodnie ze schematem 000-000-00-00): _____

REGON (9 cyfr): _____

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer posesji: _____

Gmina: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Aktualizacja zapotrzebowania na środki PFRON na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Adres e-mail: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji jednostki samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych:

(pieczętka imienna/pieczętka imienne + podpis osoby/podpisy osób upoważnionych do reprezentacji jednostki samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych)

3. Informacja dotycząca szacowanej kwoty na realizację programu:

Uwaga! Należy wskazać przewidywane potrzeby związane z koniecznością zwiększenia środków w ramach programu. Środki PFRON na realizację programu będą przyznane zgodnie z zasadami wskazanymi w programie, jeżeli jednak kwota wnioskowana będzie niższa niż kwota wyliczona przez PFRON, środki zostaną przekazane w wysokości wnioskowanej. W przypadku, gdy realizator programu występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego informację dotyczącą szacowanej kwoty na realizację programu należy powielić i dołączyć jako załącznik do aktualizacji zapotrzebowania, ze wskazaniem, że dotyczy aktualizacji zapotrzebowania w związku z realizacją programu na terenie samorządu powiatowego, który nie przystąpił do jego realizacji (należy podać nazwę tego samorządu).

Informacja w zakresie środków dotychczas otrzymanych:

PRZEZNACZENIE ŚRODKÓW PFRON:

- 1) realizacja programu - pomoc Beneficjentom:
łączna wysokość środków (w zł): _____
w tym:
 - a) na realizację Modułu I - wysokość środków (w zł): _____
 - b) na realizację Modułu II - wysokość środków (w zł): _____
- 2) obsługa realizacji programu (maksymalnie do 2,5% łącznej wysokości środków z pkt. 1):

wysokość środków (w zł): _____

RAZEM WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW DOTYCHCZAS OTRZYMANYCH (w zł): _____

słownie złotych: _____

Informacja w zakresie środków będących przedmiotem aktualizacji:

PRZEZNACZENIE ŚRODKÓW PFRON:

- 1) realizacja programu - pomoc Beneficjentom:
łączna wysokość środków (w zł): _____
w tym:

Aktualizacja zapotrzebowania na środki PFRON na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

a) na realizację Modułu I - wysokość środków (w zł): _____

b) na realizację Modułu II - wysokość środków (w zł): _____

- 2) obsługa realizacji programu (maksymalnie do 2,5% łącznej wysokości środków z pkt. 1):

wysokość środków (w zł): _____

RAZEM WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW DOTYCHCZAS OTRZYMANYCH (w zł): _____

słownie złotych: _____

Informacja w zakresie łącznych środków na realizację Modułu I i II programu (RAZEM: środki dotychczas otrzymane + środki będące przedmiotem aktualizacji)

PRZEZNACZENIE ŚRODKÓW PFRON:

- 1) realizacja programu - pomoc Beneficjentom:

łączna wysokość środków (w zł): _____

w tym:

a) na realizację Modułu I - wysokość środków (w zł): _____

b) na realizację Modułu II - wysokość środków (w zł): _____

- 2) obsługa realizacji programu (maksymalnie do 2,5% łącznej wysokości środków z pkt. 1):

wysokość środków (w zł): _____

RAZEM WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW DOTYCHCZAS OTRZYMANYCH (w zł): _____

słownie złotych: _____

4. Załączniki (dokumenty) wymagane do aktualizacji zapotrzebowania

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy aktualizacja zapotrzebowania podpisana jest przez osoby upoważnione do reprezentowania jednostki samorządu powiatowego,

- 2) Inne załączniki (należy wymienić): _____

Aktualizacja zapotrzebowania na środki PFRON na realizację Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

5. Oświadczenia

Oświadczam, że aktualizacja zapotrzebowania jest niezbędna do realizacji Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.

Miejscowość: _____

(pieczęćka imienna/pieczęćki imienne + data + podpis osoby/podpisy osób upoważnionych do reprezentacji jednostki samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych)

6. Weryfikacja kompletności aktualizacji zapotrzebowania - wypełnia Oddział PFRON

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów dotyczących aktualizacji zapotrzebowania (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Uwagi: _____

(pieczęćka imienna + data + podpis pracownika PFRON)

Załącznik nr 4 do umowy nr o realizację przez samorząd powiatowy Modułu I i II programu
 „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Nazwa Realizatora programu:

Informacja o zakresie i sposobie wykorzystania środków finansowych otrzymanych przez jednostkę samorządu powiatowego na realizację programu*

Lp.	DANE LICZBOWE	Moduł I	Moduł II	Indywidualne wsparcie (zgodnie z post. rozdziału VI ust. 6-7 programu)	RAZEM
1	Liczba złożonych wniosków ogółem:				
2	Liczba złożonych wniosków spełniających wymogi programu (pozytywna weryfikacja formalna):				
3	Liczba wnioskodawców ogółem, którym udzielono pomocy w ramach programu:				
4	Liczba osób niepełnosprawnych, którym udzielono pomocy:				
a)	liczba osób niepełnosprawnych wnioskujących we własnym imieniu:				
b)	liczba podopiecznych:				

Lp.	DANE FINANSOWE	Wysokość środków (w zł)
1	Środki finansowe otrzymane na realizację programu - pomoc Beneficjentom:	
2	Środki finansowe otrzymane na obsługę realizacji programu:	
3	Środki finansowe wydatkowane na realizację programu - pomoc Beneficjentom, w tym:	
a)	w ramach Modułu I:	
b)	w ramach Modułu II:	
c)	na indywidualne wsparcie (zgodnie z post. rozdziału VI ust. 6-7 programu):	
4	Środki finansowe wydatkowane na obsługę realizacji programu**	
5	Kwota zgromadzonych odsetek na rachunku bankowym:	
6	Kwota środków finansowych do zwrotu (poz.1+poz.2-poz.3-poz.4+poz.5):	
7	Udział środków finansowych wydatkowanych na obsługę realizacji programu w środkach wydatkowanych na realizację programu - pomoc Beneficjentom**	



*należy wypełnić puste pola pozostałe pola sumowane są automatycznie

**wydatki na obsługę programu mogą stanowić maksymalnie do wysokości 2,5% środków przekazanych przez PFRON samorządowi powiatowemu na realizację programu - pomoc Beneficjentom; w przypadku, gdy samorząd powiatowy wykorzysta poniżej 90% środków przekazywanych w danym roku przez PFRON na realizację programu w związku z wystąpieniem danej sytuacji kryzysowej, wysokość środków na obsługę programu będzie wyliczana od wysokości środków wykorzystanych na realizację programu.

Oświadczenia:

1. Dokumenty finansowe stanowiące podstawę rozliczenia dofinansowania ze środków PFRON zostały sprawdzone pod względem merytorycznym, rachunkowym, formalnoprawnym i opatrzone klauzulą: „Opłacono ze środków PFRON w ramach Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” w kwocie: - umowa nr:”.
2. Środki PFRON przeznaczone na obsługę realizacji Modułu I i II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, zostały w całości wydatkowane zgodnie z przeznaczeniem.
3. Oświadczam, że wydatki w ramach środków, o których mowa w ust. 2, stanowią faktycznie poniesione przez Realizatora koszty, związane z realizacją programu.

Załączono:

Dowody dokonania przelewu środków finansowych na rachunek bankowy PFRON, dotyczące zwrotu środków PFRON, w tym środków niewykorzystanych (o ile dotyczy)

Osoba wskazana do kontaktu w sprawie informacji:

Adres e-mail:

tel. kontaktowy:

Data sporządzenia:

UWAGI REALIZATORA:

.....
REALIZATOR PROGRAMU

Ramowy WZÓR

ANEKS nr
do UMOWY nr z dnia
(zgodnie z systemem MIDAS)
o realizację przez samorząd powiatowy Modułu I i II programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku
żywołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami
zakaźnymi”

zawarty w dniu (wstaw datę miesiąc słownie) w (wstaw miejscowość)
pomędzy:

Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie
Al. Jana Pawła II nr 13, zwanym dalej „**PFRON**”, który reprezentują:

- 1) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw stanowisko)
- 2) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw stanowisko)

a

..... (wstaw nazwę osoby prawnej) z siedzibą

w (wstaw miejscowość)

..... (wstaw numer kodu pocztowego, dokładny adres)

zwanym dalej „**Samorządem powiatowym**” który reprezentują:

- 1) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw funkcję)
- 2) (wstaw nazwisko i imię) - (wstaw funkcję)

jeżeli w imieniu Samorządu powiatowego nie podpisują umowy osoby statutowo uprawnione
do reprezentowania danej osoby prawnej (jednostki organizacyjnej), należy dodać:

zgodnie z treścią pełnomocnictwa z dnia (wstaw datę)

o następującej treści:

Paragraf 1.

1. W paragrafie 3 umowy ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. . W związku ze złożeniem przez Samorząd powiatowy poprzez Jednostkę samorządu
powiatowego aktualizacji zapotrzebowania na środki na realizację programu (o której

Umowa o realizację przez Samorząd powiatowy Modułu I i II programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu
lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

mowa w paragrafie 4 pkt 4 umowy) z dnia(wstaw datę) PFRON przeznacza na realizację programu przez Samorząd powiatowy środki finansowe do łącznej wysokości zł (słownie złotych:), w tym na:

- 1) pomoc Beneficjentom realizowaną w ramach programu, do łącznej wysokości zł (słownie złotych:),
- 2) obsługę realizacji programu, do wysokości zł (słownie złotych:).”

2. Pozostałe warunki umowy, w tym oświadczenia Samorządu powiatowego, pozostają bez zmian.

Paragraf 2.

Aneks do umowy sporządzono w 2 (dwóch) jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla PFRON i jeden dla Samorządu powiatowego.

.....

.....

.....

.....

PFRON

SAMORZĄD POWIATOWY