

**Uchwała nr 1511/17**  
**Zarządu Powiatu Stargardzkiego**  
**z dnia 27 lutego 2017 r.**

**w sprawie wystąpienia o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu pn. „Aktywny samorząd” w 2017 r.**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. 2016, poz. 814 z późn. zm.) w związku z art. 35 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Postanawia się skierować do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Oddział w Szczecinie wystąpienie o przyznanie środków finansowych na realizację programu pilotażowego pn. „Aktywny samorząd” w 2017 r.

2. Wystąpienie, o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

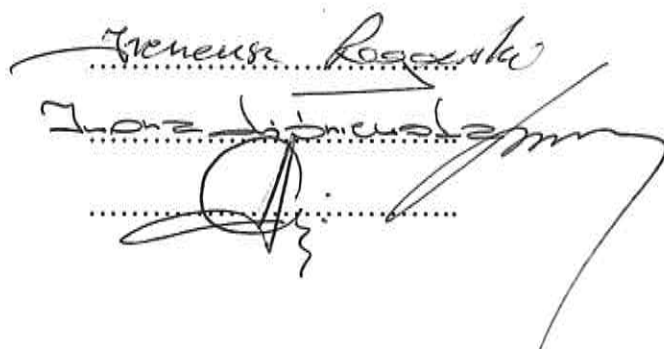
§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Spraw Społecznych i Zdrowia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Ireneusz Rogowski – Starosta Stargardzki

Iwona Wiśniewska – Wicestarosta

Adam Chrałowicz – Członek Zarządu



## UZASADNIENIE

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uchwałą Nr 5/17 z dnia 24 stycznia 2017 r. zatwierdził Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2017 r.

Zgodnie z kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2017 r. termin przyjmowania wystąpień w Oddziałach PFRON o przyznanie środków finansowych na realizację Programu, upływa w dniu 28 lutego 2017 r.

Formy wsparcia przewidziane w programie adresowane są do osób niepełnosprawnych. Dotyczą likwidacji barier ograniczających społeczne i zawodowe funkcjonowanie osób niepełnosprawnych.

Program w 2017 obejmuje następujące obszary wsparcia:

**Moduł I** – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, w tym:

**Obszar A** – likwidacja bariery transportowej:

- ❖ Zadanie 1: pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu,
- ❖ Zadanie 2: pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B,

**Obszar B** – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:

- ❖ Zadanie 1: pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania,
- ❖ Zadanie 2: dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,

**Obszar C** – likwidacja barier w poruszaniu się:

- ❖ Zadanie 2: pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
- ❖ Zadanie 3: pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości,
- ❖ Zadanie 4: pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości),

**Obszar D** – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej;

**Moduł II** – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Wobec powyższego podjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.

DYREKTOR  
Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia  
*Małgorzata Ziutek*

pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu -  
wypełnia PFRON

Nr sprawy:

Załącznik  
do uchwały nr 1511/2017  
Zarządu Powiatu  
Stargardzkiego  
z dnia 27 lutego 2017 r.

## WYSTĄPIENIE REALIZATORA PROGRAMU

### o przyznanie środków PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2017 roku

**Uwaga:**

Wystąpienie należy złożyć jeden raz w każdym roku realizacji programu. W wystąpieniu należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, 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 Realizatora programu**

Pełna nazwa samorządu powiatowego: <b>POWIAT STARGARDZKI</b>			
Nazwa i adres jednostki organizacyjnej, która składa wystąpienie (o ile dotyczy): <b>STAROSTWO POWIATOWE W STARGARDZIE UL. SKARBOWA 1, 73-110 STARGARD</b>			
<b>73-110</b>	<b>STARGARD</b>	<b>SKARBOWA</b>	<b>1</b>
Kod pocztowy	Miejscowość	Al./Ulica	Nr posesji
<b>48-04-802</b>	<b>48-04-801</b>	<b>www.powiatstargardzki.eu</b>	<b>starostwo@powiatstargardzki.pl</b>
Nr telefonu	Nr fax	adres witryny internetowej	adres poczty elektronicznej
<b>811 70 22 89</b>		<b>854 19 71 943</b>	
REGON		Nr identyfikacyjny NIP	
Nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, wskazanej do realizacji programu: <b>WYDZIAŁ SPRAW SPOŁECZNYCH I ZDROWIA W STAROSTWIE POWIATOWYM W STARGARDZIE, UL. SKARBOWA 1, 73-110 STARGARD</b>			
<b>73-110</b>	<b>STARGARD</b>	<b>SKARBOWA</b>	<b>1</b>
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr posesji
<b>STARGARD</b>	<b>STARGARDZKI</b>	<b>ZACHODNIOPOMORSKIE</b>	<b>091</b>
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
<b>48-04-809</b>	<b>48-04-808</b>	<b>www.powiatstargardzki.eu</b>	<b>www.zdrowie@powiatstargardzki.pl</b>
Nr telefonu	Nr fax	adres witryny internetowej	adres poczty elektronicznej
<b>811 70 22 89</b>		<b>854 19 71 943</b>	
REGON		Nr identyfikacyjny NIP	

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji Realizatora programu i zaciągania zobowiązań finansowych**

(pieczęćka imienna)	(pieczęćka imienna)
podpis.....	podpis.....

**3. Informacja Realizatora programu dotycząca rachunku bankowego wydzielonego wyłącznie dla środków PFRON przekazywanych w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

<b>PKO Bank Polski S.A.</b>	<b>31 1020 4795 0000 9502 0358 6658</b>
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON
<b>POWIAT STARGARDZKI</b>	

**4. Informacje dotyczące wnioskowanej kwoty na realizację programu (należy wskazać przewidywane w danym roku potrzeby w poszczególnych modułach 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)**

Przeznaczenie środków	Moduł I wydatki bieżące (Obszar A, zadanie nr 2, Obszar B - zadanie nr 2, obszar D)	Moduł I wydatki inwestycyjne (obszar A – zadanie nr 1, Obszar B – zadanie nr 1, Obszar C – zadania 1-4)	Moduł II wydatki bieżące	Łącznie
	a	b	c	d
	100% (1+2+3+4)	100% (1+2+3+4)	100% (1+2+3+4)	(a+b+c)
<b>Razem, w tym:</b>	<b>20 661 zł</b>	<b>232 170 zł</b>	<b>117 150 zł</b>	<b>369 981 zł</b>
1) realizacja form wsparcia (moduł I lub II)	19 400 zł	218 000 zł	110 000 zł	347 400 zł
2) obsługa programu (maksymalnie 5%)	970 zł	10 900 zł	5 500 zł	17 370 zł
3) promocja programu (maksymalnie 1%)	194 zł	2 180 zł	1 100 zł	3 474 zł
4) ewaluacja programu (maksymalnie 0,5%)	97 zł	1 090 zł	550 zł	1 737 zł

W przypadku, gdy Realizator programu występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, należy dołączyć załącznik do wystąpienia, obejmujący ww. tabelę, obejmującą realizację programu na terenie samorządu powiatowego, który nie przystąpił do realizacji programu.

**5. Załączniki (dokumenty) wymagane do wystąpienia**

**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Realizatora programu		<b>X</b>		
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 wystąpienia) albo umowa otwarcia rachunku lub aneks do umowy o otwarciu nowego rachunku	<b>X</b>			
3.	Inne załączniki (należy wymienić):				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wystąpienia:

*pieczęćka imienna, data i podpis pracownika PFRON*

**Oświadczenia Realizatora programu:**

**Oświadczam**, że podane w wystąpieniu informacje są zgodne z prawdą.

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz dokumentu pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, w odniesieniu do wniosków złożonych w **2017 roku** i zobowiązuje się do ich stosowania.

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wystąpienia wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu PFRON lub decyzji Pełnomocników Zarządu PFRON przyznającej środki PFRON na realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

**Oświadczam**, że na dzień złożenia wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot oraz jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd” nie posiadają wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

**Uwaga!**

Podanie przez Realizatora programu informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wystąpienie z dalszego rozpatrywania.

..... dnia .....r.

.....  
*pieczęćka imienna*

.....  
*pieczęćka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Realizatora programu i zaciągania zobowiązań finansowych*

*Wypełnia PFRON*



Decyzje dotyczą środków finansowych na realizację programu na terenie jednego samorządu powiatowego. W przypadku, gdy Realizator programu występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, który nie przystąpił do realizacji programu, tabelę należy powielić i wypełnić odpowiednio.

## DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – I TRANSZA

pozytywna: ☐negatywna: ☐

PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20 ..... r.:

Przeznaczenie środków	Moduł I wydatki bieżące (Obszar A, zadanie nr 2, Obszar B - zadanie nr 2, obszar D)	Moduł I wydatki inwestycyjne (obszar A – zadanie nr 1, Obszar B – zadanie nr 1, Obszar C – zadania 1-4)	Moduł II wydatki bieżące	Łącznie
	a	b	c	d
Razem, w tym:	100% (1+2+3+4)	100% (1+2+3+4)	100% (1+2+3+4)	(a+b+c)
	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
1) realizacja form wsparcia	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
2) obsługa programu (maksymalnie 5%)	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
3) promocja programu (maksymalnie 1%)	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
4) ewaluacja programu (maksymalnie 0,5%)	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....  
podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON

Do wystąpienia załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i przekazania środków.

pieczęćki imienne pracowników Oddziału PFRON  
przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis: .....

pieczęćka imienna kierującego komórką organizacyjną  
Oddziału PFRON

data, podpis: .....

Decyzje Pełnomocników Zarządu PFRON w sprawie środków finansowych (zgodnie z INSTRUKCJĄ SZJ):

- przyznanie środków finansowych - protokół z dnia .....
- rozliczenie środków finansowych - protokół z dnia .....

pieczęćka imienna kierującego komórką organizacyjną  
Oddziału PFRON

data, podpis: .....

## DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – II TRANSZA

pozytywna: ☐negatywna: ☐

PRZYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20 ..... r.:

Przeznaczenie środków	Moduł I wydatki bieżące (Obszar A, zadanie nr 2, Obszar B - zadanie nr 2, obszar D)	Moduł I wydatki inwestycyjne (obszar A – zadanie nr 1, Obszar B – zadanie nr 1, Obszar C – zadania 1-4)	Moduł II wydatki bieżące	Łącznie
	a	b	c	d
Razem, w tym:	100% (1+2+3+4)	100% (1+2+3+4)	100% (1+2+3+4)	(a+b+c)
	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
1) realizacja form wsparcia	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
2) obsługa programu (maksymalnie 5%)	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
3) promocja programu (maksymalnie 1%)	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł
4) ewaluacja programu (maksymalnie 0,5%)	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....  
podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON

Decyzje Pełnomocników Zarządu PFRON w sprawie środków finansowych (zgodnie z INSTRUKCJĄ SZJ):

- przyznanie środków finansowych - protokół z dnia .....
- rozliczenie środków finansowych - protokół z dnia .....

pieczętka imienna kierującego komórką organizacyjną  
Oddziału PFRON

data, podpis: .....