

**UCHWAŁA NR 1410/12**  
**ZARZĄDU POWIATU W STARGARDZIE SZCZECIŃSKIM**  
**Z DNIA 5 LIPCA 2012 R.**

**w sprawie zawarcia aneksu do porozumienia**

Na podstawie art. 35a ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz art. 4 ust. 1 pkt 5 i art. 32 ust 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Postanawia się zawrzeć aneks do porozumienia Nr 0-16/13/AS/2012 zawartego w dniu 6 czerwca 2012 r. na podstawie uchwały Nr 1354/12 Zarządu Powiatu Stargardzkiego z dnia 31 maja 2012 r. z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na realizację programu pn. „Aktywny Samorząd”.

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

§ 2. Postanawia się zmienić załącznik Nr 2 do porozumienia, o którym mowa w § 1 ust.1, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie Szczecińskim.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Waldemar Gil - Starosta Stargardzki

Marek Stankiewicz - Wicestarosta

Ireneusz Rogowski - Członek Zarządu

Iwona Wiśniewska - Członek Zarządu



.....  
.....  
Ireneusz Rogowski  
Iwona Wiśniewska

## UZASADNIENIE

Zarząd Powiatu Stargardzkiego uchwałą Nr 1354/12 z dnia 31 maja 2012 r. zawarł porozumienie Nr 0-16/13/AS/2012 z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na realizację programu pn. „Aktywny Samorząd”.

Oddział Zachodniopomorski PFRON poinformował, że decyzją Zarządu PFRON z dnia 21 czerwca 2012 r. w uchwale Nr 76/2012 Zarządu PFRON z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” zmienionej uchwałą Nr 80/2012 r. z dnia 30 maja 2012 r. do porozumienia wprowadzone zostały następujące zmiany:

➤ § 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. PFRON każdego roku, po uprzednim zawarciu umowy pomiędzy stronami Porozumienia w sprawie realizacji programu, w przypadku dostępności środków finansowych na jego realizację, przekaze Realizatorowi środki finansowe:

- 1) na udzielanie dofinansowań w ramach realizacji poszczególnych obszarów programu - w wysokości określonej w ww. umowie,
- 2) na obsługę realizacji programu - w wysokości 3% środków wykorzystanych przez Realizatora na udzielanie dofinansowań w ramach realizacji programu,
- 3) na działania związane z upowszechnianiem wiedzy o programie i dotarciem z informacją o programie do jego potencjalnych beneficjentów (promocja programu) - w wysokości do 0,75% środków przyznanych Realizatorowi w ramach ww. umowy,
- 4) na działania związane z pozyskiwaniem informacji o efektach programu oraz oceną jego rezultatów na terenie powiatu (ewaluacja programu) - w wysokości do 0,5% środków przyznanych Realizatorowi w ramach ww. umowy.”

➤ w § 3 dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu:

„9. W ramach środków finansowych przeznaczonych na promocję programu, o których mowa w ust. 1 pkt 3 oraz na ewaluację programu, o których mowa w ust. 1 pkt 4, Realizator pokrywa wydatki rzeczowe i osobowe, związane z działaniami, na które środki te zostały przeznaczone.

10. Wydatki dokonane przez Realizatora w ramach środków finansowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4, nie podlegają rozliczeniu z PFRON.”

➤ § 5 ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) składania do PFRON, najpóźniej do dnia 1 lutego każdego roku realizacji programu, wystąpienia o przyznanie środków finansowych na realizację programu, zgodnie z wzorem, który stanowi załącznik nr 2 do Porozumienia. W 2012 roku termin ten upływa w dniu 6 lipca”,

➤ w załączniku nr 2 do porozumienia zmianie ulega ust.8.

Wprowadzone zmiany wymuszają konieczność aneksowania zawartego już porozumienia oraz uzupełnienia danych w załączniku nr 2 do porozumienia.

Wobec powyższego wnosi się o podjęcie niniejszej uchwały.

**DYREKTOR**  
Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia  
*Małgorzata Złotek*

## **Aneks nr 1**

### **DO POROZUMIENIA nr O-16/13/AS/2012 z dnia 6 czerwca 2012 r.**

Zawarty w dniu .....2012 w Szczecinie pomiędzy:  
(miesiąc słownie)

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

- 1) Andrzej Kowalczyk - Dyrektor Oddziału Zachodniopomorskiego PFRON
- 2) Anna Rąbel - Kierownik Działu Realizacji Pomocy Publicznej

a

**Powiatem Stargardzkim** z siedzibą w Stargardzie Szczecińskim przy ul. Skarbowa 1, zwanym dalej „Realizatorem”, który reprezentują:

- 1) **MAREK STANKIEWICZ - WICESTAROSTA STARGARDZKI**
- 2) **IRENEUSZ ROGOWSKI – CZŁONEK ZARZĄDU**

o treści następującej:

#### **§ 1**

Strony zgodnie ustalają, że zmianie ulegają następujące postanowienia Porozumienia nr O-16/13/AS/2012 z dnia 06.06.2012 r.

#### **§ 3 ust. 1 otrzymuje nowe brzmienie :**

1. PFRON każdego roku, po uprzednim zawarciu umowy pomiędzy stronami Porozumienia w sprawie realizacji programu, w przypadku dostępności środków finansowych na jego realizację, przekazuje Realizatorowi środki finansowe:
  - 1) na udzielanie dofinansowań w ramach realizacji poszczególnych obszarów programu - w wysokości określonej w ww. umowie,
  - 2) na obsługę realizacji programu - w wysokości 3% środków wykorzystanych przez Realizatora na udzielanie dofinansowań w ramach realizacji programu,

- 3) na działania związane z upowszechnianiem wiedzy o programie i dotarciem z informacją o programie do jego potencjalnych beneficjentów (promocja programu) - w wysokości do 0,75% środków przyznanych Realizatorowi w ramach ww. umowy,
- 4) na działania związane z pozyskiwaniem informacji o efektach programu oraz oceną jego rezultatów na terenie powiatu (ewaluacja programu) - w wysokości do 0,5% środków przyznanych Realizatorowi w ramach ww. umowy."

**w § 3 dodaje się ust. 9 –10 w brzmieniu :**

9. W ramach środków finansowych przeznaczonych na promocję programu, o których mowa w ust. 1 pkt 3 oraz na ewaluację programu, o których mowa w ust. 1 pkt 4, Realizator pokrywa wydatki rzeczowe i osobowe, związane z działaniami, na które środki te zostały przeznaczone.
10. Wydatki dokonane przez Realizatora w ramach środków finansowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4, nie podlegają rozliczeniu z PFRON."

**§ 5 ust. 1 pkt 1 otrzymuje nowe brzmienie :**

- 1) składania do PFRON, najpóźniej do dnia 1 lutego każdego roku realizacji programu, wystąpienia o przyznanie środków finansowych na realizację programu, zgodnie z wzorem, który stanowi załącznik nr 2 do Porozumienia. W 2012 roku termin ten upływa w dniu 6 lipca,"

## **§ 2**

Pozostałe postanowienia Porozumienia nr O-16/13/AS/2012 z dnia 6 czerwca 2012 r. pozostają bez zmian.

## **§ 3**

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania

## **§ 4**

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla PFRON i jeden dla Realizatora.

.....

.....

.....

.....

PFRON

REALIZATOR

pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu - wypełnia PFRON

**WYSTĄPIENIE REALIZATORA PROGRAMU  
o przyznanie środków PFRON na realizację w 20..... roku  
pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
w ramach Porozumienia nr: 0-16/13/AS/2012**

**Pouczenie:**

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. Nazwa i adres Realizatora programu**Pełna nazwa Realizatora programu: **Powiat Stargardzki**na rzecz: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie Szczecińskim***(nazwa i adres jednostki organizacyjnej Realizatora wskazanej w Porozumieniu)*

<b>Stargard Szczeciński</b>	<b>Skarbowa</b>	<b>1</b>	<b>73-110</b>
Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy
<b>Stargard Szczeciński</b>	<b>Zachodniopomorskie</b>	<b>091</b>	
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
<b>48 04 802</b>	<b>48 04 801</b>	<b>powiatstargardzki.eu</b>	<b>starostwo@powiatstargardzki.pl</b>
Nr telefonu	Nr fax	adres <a href="http://www">http://www</a>	e-mail

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

<i>(pieczęćka imienna)</i>	<i>(pieczęćka imienna)</i>
----------------------------	----------------------------

**3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON (dotyczy jednostki organizacyjnej Realizatora programu wskazanej w Porozumieniu)**

Czy Realizator jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input checked="" type="checkbox"/>
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	Nie dotyczy	
Czy Realizator zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak: <input type="checkbox"/>	nie: <input checked="" type="checkbox"/>
Numer identyfikacyjny PFRON	Nie dotyczy	
Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wystąpienia	Nie dotyczy	

**4. Informacje Realizatora programu (dotyczy jednostki organizacyjnej Realizatora wskazanej w Porozumieniu)**

811 804 682	854 – 20 -12 - 469
REGON	Nr identyfikacyjny NIP
Nie dotyczy	W załączeniu załącznik nr 1
Nazwa banku	Nr rachunku bankowego wydzielonego dla środków PFRON

**5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (za okres ostatnich 3 lat)**

Czy Realizator programu składa niniejsze wystąpienie po raz pierwszy				tak <input checked="" type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli „Nie” – należy podać następujące informacje:					
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona		
Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy		
Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy		
Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy		
Razem kwota przyznana:				Razem kwota rozliczona:	

**6. Informacja o osobach niepełnosprawnych (w podziale na stopnie niepełnosprawności), które w 2012 roku zamieszkują na terenie działania Realizatora programu**

w tym:	Orzeczenie o niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności			Razem:
		znaczny	umiarkowany	lekki	
Dzieci i młodzież niepełnosprawna do 18 roku życia	408	114	123	1022	1667
Doroste osoby niepełnosprawne	<input checked="" type="checkbox"/>	5099	5699	4201	14999
Razem:	<input checked="" type="checkbox"/>	5213	5822	5223	16666

**7. Informacja o efektach realizacji programu w roku poprzednim, tj. liczba osób niepełnosprawnych, które uzyskały dofinansowanie w ramach programu w 2012 roku (należy wypełnić jeżeli Realizator składa wystąpienie po raz kolejny)**

w tym:	Orzeczenie o niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności			Razem:
		znaczny	umiarkowany	lekki	
Dzieci i młodzież niepełnosprawna do 18 roku życia	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
Doroste osoby niepełnosprawne	<input checked="" type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
Razem:	<input checked="" type="checkbox"/>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

**8. Informacje dotyczące wnioskowanej kwoty na realizację programu** (należy wskazać przewidywane potrzeby w poszczególnych obszarach programu; informacja ma charakter orientacyjny; środki PFRON na realizację programu będą przyznane zgodnie z zasadami wskazanymi w programie)

Obszar A: 25 000 zł	Obszar B3: 36 000 zł	Obszar D: 15 000 zł
Obszar B1: 10 000 zł	Obszar B4: 7 500 zł	Obszar E: 18 000 zł
Obszar B2: 15 000 zł	Obszar C: 105 000 zł	Obszar F: 10 000 zł
<b>Koszty związane z realizacją programu</b>		
Promocja: 1 811 zł	Ewaluacja: 1 208 zł	Obsługa: 7 245 zł
<b>ŁĄCZNIE: 251 764 zł</b>		

W przypadku, gdy Realizator programu występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, zobowiązany jest do dołączenia załącznika do wystąpienia, obejmującego tabele wymienione pkt 6-8 wystąpienia, zawierające informacje dotyczące realizacji programu na terenie samorządu powiatowego, który nie przystąpił do realizacji programu.

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

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wystąpienia		Uzupełniono tak/nie (wypełnia PFRON)	Data uzupełnienia
		tak	nie		
1.	Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Realizatora programu				
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)				
3.	Inne załączniki (należy wymienić):				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do wystąpienia:

pieczętka 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 dokument pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 20.....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 sporządzenia wystąpienia reprezentowany przeze mnie podmiot oraz jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, która została wskazana w Porozumieniu - 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.
..... pieczętka imienna	..... pieczętka imienna
podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Realizatora programu i zaciągania zobowiązań finansowych	

## DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON – I TRANSZA

pozytywna: negatywna: 

PRYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20 ..... r.: ..... zł, w tym:

OBSZAR A	zł
OBSZAR B1	zł
OBSZAR B2	zł
OBSZAR B3	zł
OBSZAR B4	zł
OBSZAR C	zł
OBSZAR D	zł
OBSZAR E	zł
OBSZAR F	zł
OBSŁUGA PROGRAMU	zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

.....  
podpisy Pełnomocników

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 w sprawie środków finansowych (zgodnie z INSTRUKCJĄ SZJ I-4.2.3-05):

- 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:

PRYZNANA KWOTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU W 20 ..... r.: ..... zł, w tym:

OBSZAR A	zł
OBSZAR B1	zł
OBSZAR B2	zł
OBSZAR B3	zł
OBSZAR B4	zł
OBSZAR C	zł
OBSZAR D	zł
OBSZAR E	zł
OBSZAR F	zł
OBSŁUGA PROGRAMU	zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

.....  
podpisy Pełnomocników

Decyzje Pełnomocników w sprawie środków finansowych (zgodnie z INSTRUKCJĄ SZJ I-4.2.3-05):

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

pieczętka imienna kierującego komórką organizacyjną  
Oddziału PFRON

data, podpis: .....