

**UCHWAŁA NR 1354/12**  
**ZARZĄDU POWIATU W STARGARDZIE SZCZECIŃSKIM**  
**Z DNIA 31 MAJA 2012 R.**

**w sprawie przystąpienia do realizacji Programu pn. „Aktywny Samorząd”**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 późn. zm.) w związku z 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 2001 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Postanawia się przystąpić do realizacji pilotażowego Programu pn. „Aktywny Samorząd” zwanego dalej „PROGRAMEM”, zatwierdzonego uchwałą nr 3/2012 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 28 marca 2012 r.

2. Oświadczenie o przystąpieniu do PROGRAMU stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. 1. Postanawia się zawrzeć porozumienie z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu skoordynowania działań realizowanych w ramach PROGRAMU.

2. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1 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.

Marek Stankiewicz - Wicestarosta

Ireneusz Rogowski - Członek Zarządu

Iwona Wiśniewska - Członek Zarządu

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

## UZASADNIENIE

W dniu 28 marca 2012 roku Rada Nadzorcza PFRON zatwierdziła do realizacji pilotażowy PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD”, który przewiduje powierzenie realizacji programu adresowanego do indywidualnych osób niepełnosprawnych – samorządom powiatowym, które przyjmą zaproszenie PFRON do współpracy przy realizacji tego PROGRAMU.

Badania społeczne, w tym *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* zrealizowane w latach 2008 - 2010 przez PFRON oraz Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej, wyraźnie potwierdzają, że jakość życia osób niepełnosprawnych w zasadniczym stopniu związana jest, z jakością funkcjonowania społeczności lokalnych, w tym władzy i administracji w powiatach.

Przystąpienie Powiatu Stargardzkiego do PROGRAMU umożliwi aktywniejsze włączenie się w działania na rzecz inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych. Działania przewidziane w PROGRAMIE uzupełnią plany ujęte w Powiatowej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Stargardzkim na lata 2006-2015 przyjętej przez Radę Powiatu Stargardzkiego uchwałą Nr XXXVI/352/2005 z dnia 28 grudnia 2005 r.

Głównym celem PROGRAMU jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. Program obejmuje następujące obszary wsparcia:

- 1) pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu;
- 2) pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem;
- 3) pomoc w zakupie urządzeń lektorskich;
- 4) pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich;
- 5) dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania;
- 6) pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym;
- 7) pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym;
- 8) pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B;
- 9) pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dofinansowanie opłaty za pobyt dziecka osoby niepełnosprawnej w żłobku lub przedszkolu).

Proponuje się, aby jednostką organizacyjną realizującą PROGRAM w imieniu Powiatu Stargardzkiego było Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie Szczecińskim.

Przystępując do PROGRAMU Powiat nie wnosi wkładu własnego, natomiast koszty obsługi realizacji PROGRAMU pokrywane są do wysokości 3 % środków wykorzystanych na jego realizację.

Warunkiem przystąpienia do realizacji PROGRAMU jest przedłożenie w terminie do dnia:

- 1) 31 maja 2012 r. Oświadczenia samorządu o wyrażeniu gotowości do realizacji pilotażowego PROGRAMU,
- 2) 6 czerwca 2012 r. Porozumienia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu skoordynowania działań realizowanych w ramach PROGRAMU.

Wobec powyższego wnosi się o podjęcie niniejszej uchwały.

DYREKTOR  
Wydziału Spraw Społecznych i Zarewian  
*Małgorzata Złotek*

POWIAT STARGARDZKI  
ul. Skarbowa 1  
73-110 Stargard Szczeciński  
Regon 811664210 NIP 854-22-28-620

Załącznik Nr.....1.....  
do uchwały Nr.....1354/12.....  
Zarządu Powiatu w Stargardzie Szczecińskim  
z dnia.....31.05.12.....

(pieczęć samorządu powiatowego)

pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu  
- wypełnia PFRON

## OŚWIADCZENIE

### Stargardzkiego

Samorząd Powiatu ..... z siedzibą

(nazwa)

**Stargardzie Szczecińskim**

W: .....

(miejscowość)

**ul. Skarbowa 1, 73 – 110 Stargard Szczeciński**

(dokładny adres, nr kodu)

reprezentowany przez:

- |         |                              |       |                                    |
|---------|------------------------------|-------|------------------------------------|
| 1)..... | <b>Stankiewicza Marka</b>    | ..... | <b>Wicestarostę Stargardzkiego</b> |
|         | (nazwisko, imię)             |       | (funkcja)                          |
| 2)..... | <b>Rogowskiego Ireneusza</b> | ..... | <b>Członka Zarządu Powiatu</b>     |
|         | (nazwisko, imię)             |       | (funkcja)                          |

**Stargardzkiego**

Działając w imieniu Samorządu Powiatu: .....

wyrażam/my gotowość realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

Członek Zarządu

**Ireneusz Rogowski**

Wicestarosta

**Marek Stankiewicz**

Stargard Szczeciński, 31.05.2012 r.

(miejscowość i data)

(podpisy i pieczętki imienne osób statutowo  
uprawnionych do reprezentowania Samorządu Powiatu  
i zaciągania zobowiązań finansowych)

**Nazwa i adres jednostki organizacyjnej samorządu powiatowego, wskazanej do realizacji programu**

Pełna nazwa: <b>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie Szczecińskim</b>			
<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>Stargardzki</b>	<b>Zachodniopomorski</b>	<b>91</b>
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
<b>480 49 08</b>	<b>480 49 08</b>	<b>pcpr.stargard.pl</b>	<b>pcpr@powiatstargardzki.pl</b>
Nr telefonu	Nr fax	adres <a href="http://www">http://www</a>	e-mail

**Oświadczenia samorządu powiatowego:**

**Oświadczam**, że wyrażam zgodę na opublikowanie informacji o zamiarze przystąpienia samorządu powiatowego do realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Oświadczenia reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego i wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej oraz zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

**Uwaga!**

Podanie przez Jednostkę samorządu informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Oświadczenie z dalszego rozpatrywania.

Stargard Szczeciński, 31.05.2012 r.

.....  
(miejscowość i data)

Członek Zarządu

*Ireneusz Rogowski*

Wiceprezesa

*Marek Sienkiewicz*

.....  
(podpisy i pieczętki imienne osób statutowo uprawnionych do reprezentowania Samorządu Powiatu i zaciągania zobowiązań finansowych)

## POROZUMIENIE nr O-.../.../AS/.....

(nr Oddziału/nr kolejny porozumienia w ramach programu/AS/rok zawarcia)

Zawarte w dniu ..... W ..... pomiędzy:  
(miesiąc słownie) (miejscowość)

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

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

a

Powiatem Stargardzkim z siedzibą w Stargardzie Szczecińskim  
73 – 110 Stargard Szczeciński, ul. Skarbowa 1

zwanym dalej „Realizatorem”, który reprezentują:

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

*Jeżeli Porozumienie podpisywane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Realizatora na podstawie pełnomocnictwa, należy dodać:*

zgodnie z treścią pełnomocnictwa z dnia .....

o treści następującej:

### Preambuła

Mając na uwadze:

- 1) potrzebę wzmocnienia oraz usprawniania współpracy PFRON i Realizatora na rzecz realizacji praw osób niepełnosprawnych i ich integracji społecznej,
- 2) szczególną rolę Realizatora w świadczeniu i wspieraniu usług dla osób niepełnosprawnych, m.in. w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej,

strony Porozumienia ustalają:

### § 1

1. Porozumienie zawiera się w celu skoordynowania działań realizowanych w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, zatwierdzonego uchwałą nr 3/2012 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 28 marca 2012 roku<sup>1</sup>, zwanego dalej „programem”.

<sup>1</sup> w przypadku wprowadzenia zmian do programu przez Radę Nadzorczą PFRON należy dodać „zmienioną uchwałą nr ...Rady Nadzorczej PFRON z dnia...”

2. Realizator oświadcza, że:

- 1) znane mu są zapisy zawarte w programie oraz zobowiązuje się do ich stosowania,
- 2) zobowiązuje się do stosowania postanowień zawartych w dokumentach określanych przez PFRON, które związane są z realizacją programu, w tym w ewentualnych wytycznych PFRON, określanych na podstawie rozdziału XI pkt 1 lit. d programu,
- 3) na dzień zawarcia Porozumienia nie posiada: wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, jak też nie posiada zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON,
- 4) znane są mu przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz, że podczas realizacji programu, przy przetwarzaniu danych osobowych, będzie przestrzegał obowiązków „Administratora danych osobowych”, wynikających z ww. przepisów.

§ 2

1. Strony Porozumienia deklarują wzajemną współpracę przy realizacji programu oraz ustalają, że współpraca ta obejmować może następujące formy wsparcia osób niepełnosprawnych przewidziane w programie:
  - 1) pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (obszar A programu),
  - 2) pomoc w zakupie specjalistycznego sprzętu komputerowego wraz z oprogramowaniem (obszar B1 programu),
  - 3) pomoc w zakupie urządzeń lektorskich (obszar B2 programu),
  - 4) pomoc w zakupie urządzeń brajlowskich (obszar B3 programu),
  - 5) dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu komputerowego i oprogramowania lub urządzeń lektorskich albo brajlowskich (obszar B4 programu),
  - 6) pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (obszar C programu),
  - 7) pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (obszar D programu),
  - 8) pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B (obszar E programu),
  - 9) opłaty za pobyt dziecka osoby niepełnosprawnej w żłobku lub przedszkolu (obszar F programu),co każdego roku realizacji programu szczegółowo ureguje umowa w sprawie realizacji programu, zawartą pomiędzy stronami Porozumienia.
2. Do końca grudnia roku poprzedzającego każdy rok realizacji programu, PFRON będzie przygotowywał i zatwierdzał dokument wyznaczający kierunki działań programu oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu w danym roku z tym że dokument dotyczący kierunków działań programu oraz warunków brzegowych obowiązujących w 20.....roku zatwierdzony został przez Zarząd PFRON uchwałą nr ..../20..... z dnia..... Kierunki działań programu oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu w danym roku mogą być modyfikowane przez Zarząd PFRON.
3. Dokument, o którym mowa w ust. 2 zawierać będzie:

- 1) wskazanie obszarów programu, które będą realizowane w danym roku,
  - 2) wysokość maksymalnej kwoty dofinansowania,
  - 3) wysokość minimalnego udziału własnego,
  - 4) sposób zabezpieczenia udzielonego dofinansowania,
  - 5) zakres pojęć dotyczących przedmiotu dofinansowania i kryteriów uczestnictwa osób niepełnosprawnych w programie.
4. Dokument, o którym mowa w ust. 2 może także zawierać:
- 1) dodatkowe wymagania w zakresie weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków,
  - 2) preferencje przysługujące Wnioskodawcom w trakcie rozpatrywania wniosków.
5. Strony Porozumienia deklarują wzajemną współpracę w zakresie utworzenia i doskonalenia bazy danych, dotyczącej:
- 1) wnioskodawców ubiegających się o przyznanie dofinansowania, oraz
  - 2) przebiegu realizacji programu.
6. Administratorem danych osobowych zgromadzonych w trakcie realizacji programu jest Realizator.
7. Przekazywanie danych przez Realizatora do PFRON (w formie, o której mowa w § 5 ust. 1 pkt 3) o wnioskodawcach jest udostępnieniem tych danych PFRON. W oświadczeniach o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, które Realizator zobowiązany jest uzyskać w ramach realizacji programu od wnioskodawców musi zostać zamieszczona klauzula o wyrażeniu zgody przez wnioskodawcę na udostępnienie PFRON danych osobowych przez Realizatora. Brak zgody na przetwarzanie danych osobowych i/lub brak zgody na udostępnienie PFRON danych osobowych przez Realizatora, skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w programie.
8. Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach programu, obowiązujące Realizatora, określa załącznik nr 1 do Porozumienia.

### § 3

1. PFRON każdego roku, po uprzednim zawarciu umowy pomiędzy stronami Porozumienia w sprawie realizacji programu, w przypadku dostępności środków finansowych na jego realizację, przekaże 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 do 3% środków wykorzystanych przez Realizatora na udzielanie dofinansowań w ramach realizacji programu.
2. Umowa, o której mowa w ust. 1 pkt 1 określi w szczególności:
  - 1) formy wsparcia osób niepełnosprawnych (obszary programu), dofinansowywane ze środków PFRON w danym roku,
  - 2) tryb i terminy przekazania przez PFRON środków finansowych do Realizatora,
  - 3) zasady rozliczania i zwrotu przekazanych środków finansowych PFRON,
  - 4) wymagania w zakresie monitorowania prawidłowości wykorzystania środków PFRON,

- 5) wymagania w zakresie kontroli wydatkowania i wykorzystania środków PFRON w ramach programu przez Realizatora i beneficjentów pomocy.
3. Przekazanie przez PFRON środków finansowych przyznanych na realizację programu w danym roku będzie następowało w transzach, wg następujących zasad:
  - 1) pierwsza transza przekazywana będzie w kolejnych latach realizacji programu w pierwszym półroczu danego roku realizacji programu, w formie zaliczki na realizację poszczególnych obszarów programu, w wysokości określonej w umowie w sprawie realizacji programu,
  - 2) druga transza będzie przekazywana w IV kwartale danego roku realizacji programu; jej wysokość będzie ustalana przez PFRON na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez Realizatora.
4. Wysokość zaliczki, o której mowa w ust. 3 pkt 1, wyliczana będzie zgodnie z zapisami programu, z uwzględnieniem liczby osób niepełnosprawnych spełniających warunki uczestnictwa w programie w zakresie wymaganego stopnia niepełnosprawności, które zamieszkują na terenie działania Realizatora – na podstawie aktualnych, dostępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego
5. Realizator zobowiązuje się do prowadzenia osobnego rachunku bankowego, wydzielonego dla środków PFRON oraz do prowadzenia ewidencji księgowej w sposób umożliwiający jednoznaczne określenie przeznaczenia kwot przekazywanych przez PFRON w ramach realizacji programu. Realizator zobowiązuje się do dostarczania do PFRON aktualnego numeru tego rachunku każdorazowo przed przekazaniem środków PFRON.
6. Odsetki powstałe na rachunku bankowym, o którym mowa w ust. 5 zwracane są na rachunek bankowy PFRON. Realizator zobowiązuje się do:
  - 1) wykorzystywania wskazanego rachunku bankowego wyłącznie w celu dokonywania obsługi finansowej programu,
  - 2) zaniechania, w okresie obowiązywania umowy w sprawie realizacji programu, korzystania ze wskazanego rachunku bankowego przy realizacji innych niż program przedsięwzięć,
  - 3) utrzymywania na wskazanym rachunku bankowym wyłącznie środków finansowych przeznaczonych na realizację programu wraz z odsetkami od tych środków finansowych, powstałymi z umowy rachunku bankowego,
  - 4) zamknięcia wskazanego rachunku bankowego nie wcześniej, niż po dokonaniu zwrotu niewykorzystanych na realizację programu środków oraz odsetek bankowych powstałych na ww. rachunku, na wskazany przez PFRON rachunek bankowy.
7. Przekazanie środków PFRON będzie następowało w polskich złotych po podpisaniu umowy w sprawie realizacji programu oraz po spełnieniu przez Realizatora zobowiązań określonych w ust. 5.
8. W przypadku, gdy wysokość środków PFRON przekazanych na obsługę realizacji programu będzie większa od kwoty należnej Realizatorowi zgodnie z zasadami programu, jej różnica wraz z odsetkami bankowymi podlegać będzie zwrotowi na rachunek bankowy wskazany przez PFRON.



## § 4

1. Realizator przyjmuje do wiadomości i stosowania, że środki finansowe przekazywane przez PFRON na realizację programu:
  - 1) mogą być przeznaczone na realizację ściśle określonego celu - w zakresie, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 mogą być wykorzystane jedynie na udzielanie pomocy finansowej osobom niepełnosprawnym spełniającym warunki uczestnictwa w programie, zgodnie z przeznaczeniem określonym w § 2 ust. 1, z zastrzeżeniem poniższych pkt 2-5,
  - 2) mogą być przeznaczone jedynie na te cele, które nie są objęte dofinansowaniem w ramach zadań wynikających z art. 35a 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.),
  - 3) nie mogą być przeznaczone na współfinansowanie zadań, o których mowa w pkt 2,
  - 4) nie mogą być uzupełniane środkami PFRON, przekazywanymi Realizatorowi na realizację zadań, o których mowa w pkt 2,
  - 5) podlegają kontroli PFRON, która obejmuje prawidłowość realizacji programu oraz prawidłowość wydatkowania i wykorzystania środków finansowych przekazanych Realizatorowi i beneficjentom pomocy.
2. Kontrola, o której mowa w ust. 1 pkt 5, może być prowadzona zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji programu. Prawo kontroli przysługuje PFRON zarówno w siedzibie Realizatora, jak i u beneficjentów pomocy. PFRON zastrzega sobie prawo kontroli prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych we wniosku, załącznikach, umowach dofinansowania i ich rozliczeniach.
3. Realizator deklaruje, że:
  - 1) w celu zwiększenia efektywności wsparcia przewidzianego w ramach programu zapewni zaangażowanie jednostek organizacyjnych samorządu powiatowego w taki m.in. sposób, że w trakcie realizacji programu będą wykorzystywane dokumenty i informacje dotyczące wnioskodawców, zgromadzone przez te jednostki organizacyjne,
  - 2) dołoży starań, aby w miarę możliwości za realizację poszczególnych etapów procesu rozpatrywania wniosku w ramach danego obszaru programu odpowiedzialni byli różni pracownicy Realizatora, szczególnie aby pracownik dokonujący weryfikacji formalnej wniosku nie był zaangażowany w proces przygotowywania i zawierania umowy dofinansowania, dotyczącej tego wniosku.

## § 5

1. Realizator zobowiązuje się do:
  - 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 14 czerwca,
  - 2) rejestrowania danych w zakresie dotyczącym osób ubiegających się o dofinansowanie w ramach programu, a także stanu realizacji programu, zgodnie z wymaganiami PFRON,

- 3) przekazywania na potrzeby sprawozdawcze i analityczne PFRON, na adres e'mail:....., danych zawartych w elektronicznej bazie danych z realizacji programu, prowadzonej zgodnie z wymaganiami PFRON - doraźnie oraz zgodnie z terminami określonymi w umowie,
- 4) dokumentowania, w każdym roku realizacji programu, przyjętych przez Realizatora zasad: weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosków oraz podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON, w sposób umożliwiający ocenę zgodności weryfikacji wniosków i podejmowania decyzji o przyznaniu dofinansowania - z przyjętym zasadami,
- 5) rozliczania pod względem finansowym i merytorycznym środków finansowych PFRON, przekazywanych beneficjentom pomocy - w ramach tego procesu Realizator zobowiązuje się do weryfikacji formalnej i merytorycznej dokumentów rozliczeniowych przedłożonych przez beneficjentów pomocy,
- 6) kontrolowania wykorzystania środków PFRON i przedmiotu dofinansowania przez beneficjentów pomocy w ramach programu,
- 7) współpracy z PFRON w zakresie ewaluacji programu,
- 8) przekazywania do PFRON sprawozdań z realizacji programu oraz wyników koniecznych w celu przeprowadzenia ewaluacji programu,
- 9) składania do PFRON innych informacji w zakresie realizacji programu,
- 10) umożliwienia przeprowadzenia przez PFRON kontroli wykorzystywania środków finansowych PFRON przeznaczonych na realizację programu.

2. PFRON zobowiązuje się do:

- 1) rezerwowania w planie finansowym PFRON środków na realizację programu,
- 2) terminowego przekazywania Realizatorowi środków finansowych przyznanych na realizację programu,
- 3) informowania Realizatora o wszelkich zmianach związanych z zasadami realizacji programu,
- 4) udzielania Realizatorowi wsparcia merytorycznego w trakcie realizacji programu, w tym w ramach spotkań konsultacyjno – szkoleniowych,
- 5) udzielania Realizatorowi informacji w zakresie uczestnictwa Wnioskodawców w programach realizowanych przez PFRON, które przewidywały uzyskanie dofinansowania na cele, o których mowa w programie.

§ 6

1. Realizator oświadcza, że wnioski osób niepełnosprawnych o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu, będą składane, rozpatrywane i realizowane oraz umowy dofinansowania będą rozliczane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie Szczecińskim, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard Szczeciński.<sup>2</sup>
2. Wystąpienie w sprawie przyznania środków finansowych PFRON na realizację programu w danym roku, w imieniu Realizatora, składać będzie do właściwego terytorialnie Oddziału PFRON jednostka organizacyjna Realizatora, o której mowa w ust. 1.

<sup>2</sup> należy wskazać właściwą jednostkę organizacyjną Realizatora wraz z adresem tej jednostki

§ 7

Porozumienie obowiązuje do czasu podjęcia przez Radę Nadzorczą PFRON decyzji o zakończeniu realizacji programu, z zastrzeżeniem § 8.

§ 8

1. Porozumienie może zostać rozwiązane w sytuacji niedotrzymania warunków Porozumienia i/lub umowy w sprawie realizacji programu przez jedną ze stron lub braku środków finansowych PFRON na realizację programu.
2. Rozwiązania porozumienia, o którym mowa w ust. 1, może dokonać każda strona Porozumienia poprzez pisemne jego wypowiedzenie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Warunkiem rozwiązania Porozumienia z inicjatywy Realizatora jest wywiązanie się przez Realizatora ze zobowiązań wynikających z przekazania przez PFRON środków finansowych na realizację programu.

§ 9

Zmiany porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. Załączniki do Porozumienia stanowią integralną część Porozumienia.

§ 10

W przypadkach nie określonych w programie i niniejszym Porozumieniu zastosowanie mają odpowiednie przepisy prawne.

§ 11

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

.....

.....

PFRON

Wicestarosta

Marek Stankiewicz

.....

Członek Zarządu

Ireneusz Rogowski

.....

REALIZATOR

pieczęć Oddziału PFRON wraz z datą wpływu - wypełnia PFRON
--

Załącznik nr 2 do Porozumienia

Nr sprawy:

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

**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: <b>Powiat Stargardzki</b>			
na rzecz: <b>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie Szczecińskim</b>			
<i>(nazwa i adres jednostki organizacyjnej Realizatora wskazanej w Porozumieniu)</i>			
<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**

<p><i>(pieczęć imienna)</i> Członek Zarządu <i>Renata Rogowski</i></p>	<p><i>(pieczęć imienna)</i> Wiceprezesa <i>Wacław Rogowski</i></p>
--	--

**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
<b>Razem:</b>	<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
<b>Razem:</b>	<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
Obsługa programu: 7 245 zł	ŁĄCZNIE: 241 500 zł	

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

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			(wypełnia PFRON)	
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)				

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 2012 roku.” i zobowiązuję 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.

Członek Zarządu ..... ..... pieczętka imienna	..... dnia ..... r. ..... ..... 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.

*pieczętki imienne pracowników Oddziału PFRON  
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierującego komórka 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 .....

*pieczętka imienna kierującego komórka 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:*



Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Stargardzie Szczecińskim  
75-110 Stargard Szczeciński  
ul. Skarbowa 1  
Regon 811804682, NIP 854 20 12 469

Stargard Szczeciński, dnia 29.05.2012 r.

**Załącznik nr 1**  
do pkt.4 Informacji Realizatora programu  
(dotyczy jednostki organizacyjnej  
Realizatora wskazanej w Porozumieniu)

## Oświadczenie

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie Szczecińskim zobowiązuje się do przesłania nr rachunku bankowego wyodrębnionego dla środków PFRON programu pilotażowego „Aktywny Samorząd” niezwłocznie po załatwieniu formalności w Banku.

Dyrektor  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
*Irena Nawrocka*  
Irena Nawrocka