

ZARZĄDZENIE NR 37/23
WÓJTA GMINY BUKOWIEC
z dnia 18 maja 2023 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie powołania zespołu do spraw oceny możliwości partycypacji w kosztach pomocy obywateli Ukrainy, którzy znajdują się w trudnej sytuacji życiowej oraz weryfikacji istnienia innych okoliczności zwalniających obywatela Ukrainy z obowiązku partycypacji w kosztach

Na podstawie art. 30 ust. 1 i art. 31 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40) w związku z art. 12 ust. 17 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu nr 13/33 Wójta Gminy Bukowiec z dnia 6 marca 2023 r. w sprawie powołania zespołu do spraw oceny możliwości partycypacji w kosztach pomocy obywateli Ukrainy, którzy znajdują się w trudnej sytuacji życiowej oraz weryfikacji istnienia innych okoliczności zwalniających obywatela Ukrainy z obowiązku partycypacji w kosztach zmianie ulega treść załącznika nr 1 do zarządzenia, który przyjmuje brzmienie zgodnie z załącznikiem do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się pracownikowi ds. obrony cywilnej i zarządzania kryzysowego.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.


Wójt Gminy
mgr Adam Licznarski

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 12 ust. 17a i 17b ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa obywatele Ukrainy, którzy zakwaterowani są w obiektach zbiorowych po upływie 120 dni od pierwszego dnia przekroczenia granicy zobowiązani są do pokrywania z góry 50% kosztów zakwaterowania, nie więcej niż 40 zł dziennie. Natomiast obywatele Ukrainy, którzy zakwaterowani są w obiektach zbiorowych po upływie 180 dni od pierwszego dnia przekroczenia granicy zobowiązani są do pokrywania z góry 75% kosztów zakwaterowania, nie więcej niż 60 zł dziennie. Wojewoda oraz podmioty, którym zlecono zadanie utworzenia obiektu kwaterunku zbiorowego na terenie gminy oceniają możliwość osób w partycypacji kosztów pomocy. Ankieta kwalifikacyjna obywatela Ukrainy do zwolnienia z partycypacji w kosztach pomocy zgodnie z przepisami art. 12 ust. 17 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa została zmodyfikowana na potrzeby oceny możliwości partycypacji w kosztach pomocy obywateli Ukrainy, którzy znajdują się w trudnej sytuacji życiowej oraz weryfikacji istnienia innych okoliczności zwalniających obywatela Ukrainy z obowiązku partycypacji w kosztach.


WÓJT
mgr Adam Licznarski

**Ankieta kwalifikacyjna obywatela Ukrainy do zwolnienia z partycypacji
w kosztach pomocy zgodnie z przepisami art. 12 ust. 17 ustawy
z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku
z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa**

**Анкета кваліфікаційна щодо звільнення громадянина України від сплати
витрат, пов'язаних з отриманням допомоги згідно з положеннями ст. 12
частини 17 Закону "Про допомогу громадянам України у зв'язку зі
збройним конфліктом на території цієї держави" від 12 березня 2022
року**

Proszę wypełnić w języku polskim /Будь ласка, заповніть польською мовою

Ankieta nr/ Анкета номер

Adres przebywania/ Адреса перебування	
Imię i nazwisko/ Ім'я та прізвище	
Data pierwszego przekroczenia granicy RP po 24.02.2022 r./ Дата першого перетину кордону з Республікою Польща після 24.02.2022 р	
Nr PESEL i data jego wydania/ Номер PESEL і дата його надання	
Płeć/ Стать	<input type="checkbox"/> Kobieta/жінка <input type="checkbox"/> mężczyzna/чоловік
Data urodzenia/ Дата народження	
Oświadczam, że spełniam następujący warunek, uprawniający mnie do wyłączenia z partycypacji w kosztach pomocy zgodnie z przepisami ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w	<input type="checkbox"/> posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych/ маю посвідчення про інвалідність або групу інвалідності або довідку, визначену ст. 5 Закону "Про професійну та соціальну реабілітацію, а також працевлаштування осіб з інвалідністю" від 27 серпня 1997 року <input type="checkbox"/> opiekuję się osobą niepełnosprawną posiadającą polskie orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie,

<p>зwiązku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa <u>(zaznaczyć X właściwe)</u> Я заявляю, що відповідаю одному із критеріїв, що дають мені право на звільнення від сплати витрат, пов'язаних із отриманням допомоги відповідно до положень Закону "Про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави" <u>(зазначте X у відповідному полі)</u></p>	<p>o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych/ опіка над особою з інвалідністю, що має польське посвідчення про інвалідність або групу інвалідності або довідку, визначену ст. 5 Закону "Про професійну та соціальну реабілітацію, а також працевлаштування осіб з інвалідністю" від 27 серпня 1997 року:</p> <p>..... (imię, nazwisko, PESEL osoby, będącej pod opieką/ ім'я, прізвище, PESEL особи, що знаходиться під опікою)</p>
	<p><input type="checkbox"/> ukończyłam 60 rok życia (w przypadku kobiet)/ мені випонилось 60 років (якщо жінка), ukończyłem 65 rok życia (w przypadku mężczyzn) / мені випонилось 65 років (якщо чоловік)</p>
	<p><input type="checkbox"/> jestem kobietą w ciąży/ вагітність</p>
	<p><input type="checkbox"/> jestem osobą wychowującą dziecko do 12 miesiąca życia/ виховую дитину віком до 12 місяців</p> <p>..... (imię, nazwisko, PESEL dziecka/ ім'я, прізвище, PESEL дитини)</p>
	<p><input type="checkbox"/> samotnie sprawuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej opiekę nad trojgiem i więcej dzieci/ самостійно доглядаю за трьома і більше дітьми на території Республіки Польща</p> <p>1. 2. 3. 4. 5.</p> <p>(imię, nazwisko, PESEL dziecka/ ім'я, прізвище, PESEL дитини)</p>
	<p><input type="checkbox"/> jestem opiekunem tymczasowym ustanowionym dla małoletniego, o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy / тимчасова опіка над малолітнім, згідно ст.25а част.1</p>
<p><input type="checkbox"/> występuję w imieniu małoletnich, będących pod moją opieką/ дію від імені малолітніх, що знаходяться під моєю опікою</p> <p>1. 2. 3. 4. 5.</p> <p>(imię, nazwisko, PESEL dziecka/ ім'я, прізвище, PESEL дитини)</p>	

znajduję się w trudnej sytuacji życiowej, uniemożliwiającej mi udział w kosztach pomocy / перебуваю у складній життєвій ситуації, що виключає мою можливість у покритті коштів

Wskazanie innych przyczyn skutkujących trudną sytuacją życiową i brakiem możliwości zdobycia środków na opłatę pobytu w ośrodku lub innego miejsca zamieszkania (zwięzły opis)

Інші причини, що спричинили важку життєву ситуацію та неможливість отримати кошти для оплати перебування в центрі чи іншому місці проживання (короткий опис)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1. Czy jest Pani/Pan zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy, jeżeli nie to dlaczego / Чи зареєстровані Ви в службі зайнятості, якщо ні, то чому:

.....
.....
.....
.....

2. Czy po przyjeździe do Polski podejmował(a) Pani/Pan pracę. Jeżeli nie to jaki był tego powód / Чи влаштувалися ви на роботу після приїзду до Польщі? Якщо ні, то з якої причини:.....

.....
.....
.....
.....

3. Czy podejmował(a) Pani/Pan działania w celu ukończenia kursu języka polskiego. Jeżeli nie to dlaczego/ Чи робили ви кроки, щоб пройти курс польської мови. Якщо ні, то чому.....

.....
.....
.....
.....

4. Jaka jest Pani/Pana sytuacja zdrowotna (orzeczenie o niepełnosprawności z Ukrainy, zaświadczenie od lekarza itp.)/Який стан вашого здоров'я (довідка про інвалідність з України, довідка від лікаря тощо)

.....

.....

.....

5. Źródło Pani/Pana dochodu. Z czego się Pani/Pan utrzymuje/Ваше джерело доходу. Чим ви заробляєте на життя?.....

.....

.....

.....

.....

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE UZYSKIWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PRACA W POLSCE ГРОШОВІ ДОПОМОГИ, ОТРИМАНІ З ІНШИХ ДЖЕРЕЛ, КРИМ РОБОТИ В ПОЛЬЩІ	
ŚWIADCZENIA OTRZYMYWANE Z UKRAINY lub INNEGO PAŃSTWA ПІЛЬГИ, ОТРИМАНІ ВІД УКРАЇНИ АБО ІНШОЇ КРАЇНИ	(ТАК/НІЕ) *
Rodzaj świadczenia, Тип пільги	
500+ ZUS (ТАК/НІЕ) 500+ ZUS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Rodzinny kapitał opiekuńczy ZUS (ТАК/НІЕ) Капітал на догляд за родиною ZUS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Zasiłek rodzinny (ТАК/НІЕ) Сімейна допомога ZUS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Zasiłek opiekuńczy ZUS (ТАК/НІЕ) Допомога на догляд за ZUS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Dofinansowanie za pobyt dziecka w żłobku ZUS (ТАК/НІЕ) Співфінансування перебування дитини в яслах ZUS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Ромос obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością, PFRON (ТАК/НІЕ) Допомога громадянам України з обмеженими можливостями, PFRON (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Świadczenie rodzicielskie MOPS (ТАК/НІЕ) Батьківська допомога MOPS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Zasiłek pielęgnacyjny MOPS (ТАК/НІЕ) Допомога на догляд MOPS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Świadczenie pielęgnacyjne MOPS (ТАК/НІЕ) Допомога по догляду за медичною допомогою MOPS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
Dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego MOPS (ТАК/НІЕ) Доплата за навчання та реабілітацію дитини-інваліда MOPS (ТАК/НІ)	(ТАК/НІЕ)*
INNE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE ІНШІ ГРОШОВІ ПЛАТИ (тип допомоги/НІ)	(ТАК/НІЕ)*

Czy rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej Чи отримує сім'я соціальну допомогу	(ТАК/НІЕ)*
Jeżeli tak, to wskazać rodzaj świadczenia i kwotę Якщо так, вкажіть тип допомоги та суму	

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą

Заявляю, що вказані мною дані відповідають дійсності

Oświadczam, że w przypadku zmian mających wpływ na prawo do wyłączenia z partycypacji w kosztach pomocy zgodnie z przepisami ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, niezwłocznie poinformuję o tym przedstawicieli podmiotu, świadczącego pomoc.

Також, заявляю, що у разі змін, які впливають на право звільнення від сплати витрат, пов'язаних із отриманням допомоги відповідно до положень Закону „Про допомогу громадянам України у зв'язку із збройним конфліктом на території цієї держави” негайно проінформую представників установи, що надає допомогу.

.....
Data/ Дата

.....
czytelny podpis obywatela Ukrainy/
ім'я та прізвище громадянина України прописом

WÓJT
mgr Adam Licznerski

