

ZARZĄDZENIE NR 71/2023
PREZYDENTA MIASTA INOWROCŁAWIA
z dnia 14 kwietnia 2023 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie powołania zespołu do spraw oceny
możliwości partycypacji w kosztach pomocy obywateli Ukrainy**

Na podstawie art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 i 572), w związku z art. 12 ust. 17f 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, 185 i 547) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu nr 44/2023 Prezydenta Miasta Inowrocławia z dnia 9 marca 2023 r. w sprawie powołania zespołu do spraw oceny możliwości partycypacji w kosztach pomocy obywateli Ukrainy, wprowadza się następujące zmiany:

1) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. W skład zespołu do spraw oceny możliwości partycypacji w kosztach pomocy obywateli Ukrainy, zwanego dalej zespołem, wchodzi:

- | | | |
|-----------------------|---|-----------------|
| 1) Halina Walczak | - | przewodnicząca; |
| 2) Izabela Bańka | - | członek; |
| 3) Monika Katulska | - | członek; |
| 4) Anna Lasota | - | członek; |
| 5) Maryna Shevkunova | - | członek; |
| 6) Sylwia Leszczyńska | - | członek.”; |

2) załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezydent Miasta Inowrocławia

/-/ Ryszard Brejza

Załącznik
do zarządzenia nr 71/2023
Prezydenta Miasta Inowrocławia
z dnia 14 kwietnia 2023 r.

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 i 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	<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

<p>zgodnie z przepisami ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (zaznaczyć X właściwe)/ 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" (зазначте X у відповідному полі</p>	<input type="checkbox"/> opiekuję się osobą niepełnosprawną posiadającą polskie 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/ 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>..... (ім'я, назвико, PESEL osoby, będącej pod opieką/ ім'я, прізвище, PESEL особи, що знаходиться під опікою)</p>
	<input type="checkbox"/> ukończyłam 60 rok życia (w przypadku kobiet)/ мені випонилось 60 років (якщо жінка), <input type="checkbox"/> ukończyłem 65 rok życia (w przypadku mężczyzn) / мені випонилось 65 років (якщо чоловік)
	<input type="checkbox"/> jestem kobietą w ciąży/ вагітність
	<input type="checkbox"/> jestem osobą wychowującą dziecko do 12 miesiąca życia/ виховую дитину віком до 12 місяців <p>..... (ім'я, назвико, PESEL dziecka/ ім'я, прізвище, PESEL дитини)</p>
	<input type="checkbox"/> samotnie sprawuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej opiekę nad trojgiem i więcej dzieci/ самотійно доглядаю за трьома і більше дітьми на території Республіки Польща 1. 2. 3. 4. 5. (ім'я, назвико, PESEL dziecka/ ім'я, прізвище, PESEL дитини)
	<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
<input type="checkbox"/> występuję w imieniu małoletnich, będących pod moją opieką/ дію від імені малолітніх, що знаходяться під моєю опікою 1. 2. 3. 4. 5. (ім'я, назвико, PESEL dziecka/ ім'я, прізвище, PESEL дитини)	

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 za pobyt w ośrodku lub innym miejscu 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) Pan/Pani pracę. Jeżeli nie to jaki był tego powód / Чи влаштувалися ви на роботу після приїзду до Польщі? Якщо ні, to z якої причинi:.....
3. Czy podejmował(a) Pan/Pani działania w celu ukończenia kursu języka polskiego. Jeżeli nie to dlaczego/ Чи робили ви кроki, щоб пройти курс польської мови. Якщо ні, to 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)*
Rodziny 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)*
Pomoc 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 догляді 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

Zajawляю, що вказані мною дані відповідають дійсності

Oświadczam, że w przypadku zmian mających wpływ na prawo do wyłączenia z partysepacji 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**