

Zarządzenie nr 992/2023
Burmistrza Miasta i Gminy Syców
z dnia 1.03.2023 r.
w sprawie wyznaczenia komisji do oceny sytuacji życiowej obywateli Ukrainy,
którym zapewniana jest pomoc.

Na podstawie art. 12 ust. 17f ustawy z dnia 12 marca 2023 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (t. j. Dz. U. 2023 r., poz. 103 ze zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wyznacza się komisję do oceny sytuacji życiowej obywateli Ukrainy, którym zapewniana jest pomoc na podstawie art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2023 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa:

- 1) Piotr Kwaśny – sekretarz Miasta i Gminy Syców – przewodniczący komisji
- 2) Joanna Wysocka- Chwał – inspektor Wydziału Organizacyjnego Urzędu Miasta i Gminy w Sycowie
- 3) Agnieszka Sawicka – inspektor Wydziału Gospodarki Nieruchomościami Urzędu Miasta i Gminy w Sycowie
- 4) Paweł Adamczyk – inspektor Wydziału Organizacyjnego Urzędu Miasta i Gminy w Sycowie
- 5) Ewa Nowak – pracownik socjalny Miejsko- Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sycowie

§ 2. Komisja opisana w § 1, na podstawie wypełnionych ankiet kwalifikacyjnych stanowiących załącznik nr 1 do zarządzenia, dokonuje weryfikacji i oceny sytuacji życiowej kierując się względami humanitarnymi.

§ 3. Komisja opisana w § 1 po weryfikacji każdej z ankiet dokonuje jej oceny sporządzając protokół z przedstawieniem opinii.

§ 4. Na podstawie protokołu z oceny wystawiane są zaświadczenia stwierdzające znajdowanie się bądź nie znajdowanie się obywatela Ukrainy w trudnej sytuacji życiowej. Wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia i sporządzane jest ze wskazaniem terminu jego ważności w dwóch egzemplarzach, jeden dla Urzędu Miasta i Gminy w Sycowie a drugi dla opiniowanej osoby. Zaświadczenie podpisuje osoba upoważniona przez Burmistrza.

§ 5. Nadzór nad realizacją zarządzenia powierzam Sekretarzowi Miasta i Gminy Syców.

§ 6. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

BURMISTRZ
MIASTA I GMINY SYCÓW
/-/ Dariusz Maniak

**Ankieta kwalifikacyjna obywatela Ukrainy dotycząca 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**

Ankieta nr

Adres przebywania:	
Imię i nazwisko:	
Data pierwszego przekroczenia granicy RP po 24.02.2022 r.:	
Proszę wstawić znak X we właściwym miejscu.	
Przebywam na terytorium RP poniżej 120 dni od dnia pierwszego przekroczenia granicy.	<input type="checkbox"/>
Przebywam na terytorium RP powyżej 120 dni od dnia pierwszego przekroczenia granicy i zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za pobyt w obiekcie w wysokości 50 % kosztów pomocy (nie więcej niż 40 zł dziennie)	<input type="checkbox"/>
Przebywam na terytorium RP powyżej 120 dni od dnia pierwszego przekroczenia granicy i podlegam wyłączeniu, zgodnie z art. 12 ust. 17c i 17d ustawy.	<input type="checkbox"/>
Nr PESEL i data jego wydania:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	
Oświadczam, że spełniam następujący warunek, uprawniający mnie do wyłączenia z partycypacji w kosztach pomocy zgodnie z przepisami ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa <i>(zaznaczyć X właściwie):</i>	<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*
	<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*: (imię, nazwisko, PESEL osoby, będącej pod opieką)
	<input type="checkbox"/> ukończyłam 60 rok życia (w przypadku kobiet), ukończyłem 65 rok życia (w przypadku mężczyzn)

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że podane dane są prawdziwe i jestem świadomy, że podanie nieprawdziwych danych skutkować może odpowiedzialnością karną. Informacja o złożeniu nieprawdziwych danych może być przekazana także do Straży Granicznej oraz brana pod uwagę podczas ubiegania się o zezwolenie o pracę i kartę pobytu.

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.

.....
data

.....
czytelny podpis obywatela Ukrainy

*** Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o:**

1) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2, i niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych traktowane jest na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;

1a) niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy wymienionej w pkt 1, jest traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;

2) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy wymienionej w pkt 1, jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;

3) częściowej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 3, oraz celowości przekwalifikowania, o którym mowa w art. 119 ust. 2 i 3 ustawy wymienionej w pkt 1, jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Кваліфікаційна анкета громадянина України щодо участі у витратах на допомогу відповідно до положень ст. 12 сек. 17 Закону від 12 березня 2022 року про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави.

Анкета номер

Адреса перебування:	
Ім'я та прізвище:	
Дата першого перетину кордону з Республікою Польща після 24.02.2022 р.:	
Будь ласка, поставте знак X у відповідному місці.	
Я перебуваю на території Республіки Польща менше 120 днів від першого перетину кордону.	<input type="checkbox"/>
Я перебуваю на території Республіки Польща більше 120 днів від дня першого перетину кордону і я зобов'язуюсь сплатити плату за перебування в об'єкті в розмірі 50 % від вартості допомоги (не більше 40 злотих на добу)	<input type="checkbox"/>
Я перебуваю на території Республіки Польща більше 120 днів від дня першого перетину кордону і підлягаю виключення, згідно зі статтею 12 абз. 17с і 17d закону.	<input type="checkbox"/>
Номер PESEL і дата його надання:	
Стать:	<input type="checkbox"/> жінка <input type="checkbox"/> оловік
Дата народження:	
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"	<input type="checkbox"/> 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"/> 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*: (ім'я, прізвище, PESEL особи, що знаходиться під опікою)
	<input type="checkbox"/> мені випонилось 60 років (якщо жінка), мені випонилось 65 років (якщо чоловік)
	<input type="checkbox"/> вагітність
<input type="checkbox"/> виховую дитину віком до 12 місяців	

<p><u>(зазначте X у відповідному полі):</u></p>	<p>..... (ім'я, прізвище, PESEL дитини)</p>
	<p><input type="checkbox"/> самостійно доглядаю за трьома і більше дітьми на території Республіки Польща</p> <p>1..... 2..... 3..... 4..... 5.....</p> <p>(ім'я, прізвище та номер PESEL для кожної дитини)</p>
	<p><input type="checkbox"/> тимчасова опіка над малолітнім, згідно ст.25а част.1</p>
	<p><input type="checkbox"/> дію від імені малолітніх, що знаходяться під моєю опікою:</p> <p>1. 2. 3.</p> <p>(ім'я, прізвище та номер PESEL для кожної дитини)</p>
	<p><input type="checkbox"/> не відношусь до жодної з груп, що дозволили б мені отримати звільнення від сплати частини витрат на допомогу але перебуваю у складній життєвій ситуації, оскільки <i>(обґрунтувати)</i>:</p> <p>.....</p>
	<p>Підтверджую, що надані дані є правдивими. Я, нижчепідписаний/а підтверджую, що подані дані відповідають дійсності і я свідомий/а того, що подання неправдивих даних може призвести до кримінальної відповідальності. Інформація про надання неправдивих даних може бути передана до Прикордонної служби і врахована при подачі заяви на отримання дозволу на роботу та дозволу на проживання.</p>

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.

.....
Дата

.....
ім'я та прізвище громадянина України прописом

*** Згідно зі статтею 5 закону від 27 серпня 1997 року про професійну і соціальну реабілітацію та про працевлаштування осіб з інвалідністю, постанова медичного експерта Закладу Соціального Страхування (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) про:**

1. повну непрацездатність, встановлену відповідно до статті 12 абз.2, і нездатність до самостійного існування, визначену відповідно до статті 13 абз. 5 закону від 17 грудня 1998 року, про пенсії і виплати з Фонду Соціального Страхування (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych), розглядається нарівні з висновком про важку форму інвалідності;

1a) нездатність до самостійного існування, встановлену відповідно до статті 13 абз. 5 закону згаданого в пункті 1, розглядається нарівні з висновком про важку форму інвалідності;

2. повну непрацездатність, встановлену відповідно до статті 12 абз.2 закону згаданого в пункті 1, розглядається нарівні з висновком про середню форму інвалідності;

3. часткову непрацездатність, встановлену відповідно до статті 12 абз. 3, та доцільності перекваліфікації, про котру мова в статі 119 абз. 2 і 3 закону згаданого в пункті 1, розглядається нарівні з висновком про легку форму інвалідності.

.....
Oznaczenie organu

Na podstawie art. 12 ust. 17f ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 103 z późn. zm.), **potwierdza się**, że obywatel Ukrainy:

.....
Imię nazwisko, nr PESEL

kierując się względami humanitarnymi, znajduje się / nie znajduje się* w trudnej sytuacji życiowej, uniemożliwiającej udział w kosztach pomocy w zakresie zakwaterowania i całodziennego wyżywienia zbiorowego, w aspekcie regulacji o której mowa w art. 12 ust. 17c pkt 6 ww. ustawy.

Zaświadczenie wydaje się na okres:

.....
Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej

.....
Stanowisko osoby upoważnionej

.....
Podpis osoby upoważnionej

* - wykreślić stosownie do ustalenia.

.....
Означення органу влади

Відповідно до статті 12 абз. 17f Закону від 12 березня 2022 року "Про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території України" (Законодавчий вісник за 2023 рік, поз. 103, зі змінами),

підтверджується, що громадянин України:

.....
Ім'я, прізвище, нр PESEL

з гуманітарних міркувань, перебуває / не перебуває* у складній життєвій ситуації, яка не дозволяє брати участь у витратах на допомогу щодо колективного проживання та харчування, згідно з положенням, зазначеним у статті 12б абз. 17с, пункт 6 вищезгаданого закону.

Випущено вчасно:

.....
Ім'я, прізвище та посада уповноваженої особи

.....
Посада уповноваженої особи

.....
Підпис уповноваженої особи