

Zarządzenie Nr 51/2023
Burmistrza Miasta Chojnowa
z dnia 15.03.2023

**w sprawie powołania komisji do oceny sytuacji życiowej obywateli Ukrainy
zamieszkałych w budynku gminnym przy ul. Kościuszki 30,
którym zapewniana jest pomoc.**

Na podstawie art.12 ust.17c pkt.6 i 17f ustawy z dnia 12 marca 2023 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (tj. Dz. U. 2023 r., poz. 103 ze zm.) Burmistrz Miasta Chojnowa zarządza, co następuje:

§ 1.

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

- 1) Sławomir Tęcza – Przewodniczący Komisji
- 2) Marta Zwierzańska – Gil – Sekretarz Komisji
- 3) Joanna Betlejewska – Członek Komisji
- 4) Małgorzata Matla – Członek Komisji
- 5) Anna Zieleń – Członek Komisji

§ 2.

1. Komisja wymieniona w §1, na podstawie wypełnionych ankiet kwalifikacyjnych stanowiących załącznik nr 1 do zarządzenia (w języku polskim i ukraińskim), kierując się względami humanitarnymi, dokonuje weryfikacji i oceny sytuacji życiowej obywateli Ukrainy, którym zapewniana jest pomoc.

2. Z przeprowadzonej analizy ankiet kwalifikacyjnych komisja sporządza:

- 1) protokół, w którym zawiera opinię o możliwości udziału w kosztach pomocy w zakresie zakwaterowania i całodziennego wyżywienia zbiorowego obywateli Ukrainy,
- 2) informację w sprawie możliwości partycypacji w kosztach pomocy obywateli Ukrainy, stanowiącą załącznik nr 2 do zarządzenia (w języku polskim i ukraińskim),
- 3) informację o terminie ponownej weryfikacji sytuacji życiowej obywateli Ukrainy.

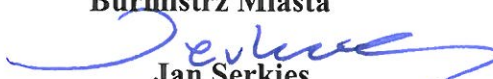
3. Informację stanowiącą załącznik nr 2 sporządza się w dwóch egzemplarzach, jedną dla Urzędu Miejskiego w Chojnowie, drugą dla obywatela Ukrainy.

§ 3.

Upoważniam Przewodniczącego komisji do podpisywania informacji, o której mowa w § 2 ust. 3.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Burmistrz Miasta

Jan Serkies

Ankieta kwalifikacyjna obywatela Ukrainy dotycząca partycypacji w kosztach pomocy zgodnie z przepisami art. 12 ust. 17 ustawy z dnia 12.03.2022 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.	
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)	
Przebywam na terytorium RP powyżej 120 dni od dnia pierwszego przekroczenia granicy i podlegam wyłączeniu, zgodnie z art. 12 ust. 17c i 17d ustawy.	
Nr PESEL i data wydania:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	
<p>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 <u>(zaznaczyć X właściwe)</u>:</p>	<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)
	<input type="checkbox"/> jestem kobietą w ciąży
	<input type="checkbox"/> jestem osobą wychowującą dziecko do 12 miesiąca życia (imię, nazwisko, PESEL dziecka)
<input type="checkbox"/> samotnie sprawuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej opiekę nad trojgiem i więcej dzieci 1. 2. 3. 4. 5. (imiona, nazwiska, PESEL dzieci)	

	<input type="checkbox"/> jestem opiekunem tymczasowym ustanowionym dla małoletniego, o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy
	<input type="checkbox"/> występuję w imieniu małoletnich, będących pod moją opieką: 1. 2. 3. (imiona, nazwiska, PESEL dzieci)
	<input type="checkbox"/> znajduję się w trudnej sytuacji życiowej, uniemożliwiającej mi udział w kosztach pomocy, gdyż (<u>wpisać uzasadnienie</u>):

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.	
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).	
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.	
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" (зазначте X у відповідному полі):	<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 (ім'я, прізвище, PESEL дитини)
<input type="checkbox"/> самостійно доглядаю за трьома і більше дітьми на території Республіки Польща 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... (ім'я, прізвище та номер PESEL для кожної дитини)	

тимчасова опіка над малолітнім, згідно ст.25а част.1

дію від імені малолітніх, що знаходяться під моєю опікою:

1.
2.
3.

(ім'я, прізвище та номер PESEL для кожної дитини)

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 (обґрунтувати):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

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, постановою 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.

.....
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.

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

.....
Посада уповноваженої особи

.....
Підпис уповноваженої особи

* - викреслити, відповідно до рішення

