

Zapotrzebowanie na środki finansowe PFRON / Sprawozdanie z realizacji pilotażowego programu "Aktywny samorząd"/Korekta w odniesieniu do wniosków złożonych w 2013 roku na terenie powiatu: Świnoujście

Na podstawie umowy nr AS3/000011/16/D z dnia 26 kwietnia 2013r.

----- x ----- pola zaznaczonego znakiem "x" nie należy wypełniać

stan na dzień: złożenia zapotrzebowania/sprawozdania/korekty

Środki finansowe PFRON przekazane na realizację programu w 2013 roku									Realizacja programu										Zapotrzebowanie na dodatkowe środki finansowe niezbędne na realizację wszystkich niezrealizowanych wniosków pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnym (w zł)				
Lp.	MODUL PROGRAMU	Obszar programu/ nr Zadania w ramach Obszaru	Rodzaj przekazywanych przez PFRON środków	Łączny limit środków PFRON (w zł)						Liczba wniosków ogółem (narastająco)					Kwoty dofinansowania łącznie narastająco (w zł)					W przypadku nadwyżek środków finansowych w aktualnym limicie środków na realizację programu, w kol. 22 lub 23 należy wpisać kwotę nadwyżki ze znakiem ujemnym (np. - 350,00)			
				I transza		II transza		Razem		złożonych w danym roku	zweryfikowanych negatywnie pod względem formalnym	przeznaczonych do dofinansowania (zweryfikowanych pozytywnie)	rozpatrzonych pozytywnie (zawarte umowy)	zrealizowanych (wyplata środków PFRON)	we wnioskach złożonych (kwota wnioskowana)	we wnioskach przeznaczonych do dofinansowania (zweryfikowanych pozytywnie)	w zawartych umowach	we wnioskach zrealizowanych (wysokość środków wypłaconych)		w poszczególnych zadaniach		Razem	
				bieżące	inwestycyjne	bieżące	inwestycyjne	bieżące	inwestycyjne									kwota wypłat	procent limitu ogółem (kol. 18/(8+9))	bieżące	inwestycyjne	bieżące	inwestycyjne
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	I	A-1	inwestycyjne						1	0	1	1	1	9 500,00	1 387,00	1 387,00	1 387,00	x	x	0	0,00	0,00	
2		A-2	bieżące						0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00		0	x			
3		B-1	inwestycyjne						7	1	4	4	4	37 767,10	19 396,00	19 396,00	19 396,00		x	0,00			
4		B-2	bieżące						0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00		0	x			
5		C-1	inwestycyjne	9 016,00	24 730,31	0,00	22 408,39	9 016,00	47 138,70	2	1	1	1	1	24 030,00	12 600,00	12 600,00		12 600,00	x			0,00
6		C-2	inwestycyjne							1	0	1	0	0	600,00	600,00	0,00		0,00	x			0,00
7		C-3	inwestycyjne							3	0	1	1	1	41 715,00	13 755,00	13 755,00		13 737,60	x			0,00
8		C-4	inwestycyjne							0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00		0,00	x			0
9		D	bieżące							0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00		0,00	0			x
10	II	x	bieżące	5 400,00	x	0,00	x	5 400,00	x	4	2	3	3	2	10 475,00	7 337,00	7 337,00	4 625,00	x	0	x	0,00	x
11	Razem Moduł I i II			14 416,00	24 730,31	0,00	22 408,39	14 416,00	47 138,70	18	4	11	10	9	124 087,10	55 075,00	54 475,00	51 745,60	84,00%	x	x	0,00	0,00
12	Obsługa programu	(do 5% środków przekazanych)		1 957,32		1 120,42		3 077,74	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			0
13	Promocja programu	(do 1% środków przekazanych)		391,46		224,08		615,54	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			0
14	Ewaluacja programu	(do 0,5% środków przekazanych)		195,73		112,04		307,77	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			0
15	Łącznie koszty realizacji programu			2 544,51		1 456,54		4 001,05	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			0

* należy zaznaczyć właściwe - dokument należy przekazać drogą elektroniczną (w wersji edytowalnej - Arkusz Excel) - do właściwego terytorialnie Oddziału PFRON

Oświadczenia:

- Dokumenty finansowe stanowiące podstawę rozliczenia dofinansowania ze środków PFRON zostały sprawdzone pod względem merytorycznym, rachunkowym, formalnoprawnym i opatrzone klauzulą: „opłacono ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu "Aktywny samorząd" w kwocie: umowa nr:.....".
- Środki PFRON przeznaczone na obsługę realizacji pilotażowego programu "Aktywny samorząd", na jego promocję i ewaluację zostały w całości wydatkowane zgodnie z przeznaczeniem.
- Oświadczam, że wydatki w ramach środków, o których mowa w ust. 2, stanowią faktycznie poniesione przez Realizatora koszty, związane z realizacją programu.

Uwagi Realizatora, związane z realizacją programu: bez uwag

Załączono:

Dowody dokonania przelewu środków finansowych na rachunek bankowy PFRON, dotyczących zwrotu środków PFRON, w tym środków niewykorzystanych (o ile dotyczy)

Osoba wskazana do kontaktu w sprawie informacji: Dorota Reda - Grzeszek

tel. kontaktowy: 91 322 54 82 e-mail: sekretariat@mopr.swinoujście.pl

Sporządzono dnia 13 stycznia 2014r.

Z up. Prezydenta Miasta
mgr Gabriela Poniedziałek - Petruk
Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie

Z up. Prezydenta Miasta
mgr Gabriela Poniedziałek - Petruk
Dyrektor Miejskiego Ośrodka
Pomocy Rodzinie

Sporepokie: D. Reda - Grzeszek

Realizacja pilotażowego programu "Aktywny samorząd"
w zakresie środków finansowych przekazanych przez PFRON w 2013 roku
na terenie powiatu: Świnoujście

Na podstawie umowy nr AS3/000011/16/D z dnia 26 kwietnia 2013r.

stan na dzień: złożenia sprawozdania/korekty*

* należy zaznaczyć właściwe - dokument należy przekazać drogą elektroniczną (w wersji edytowalnej - Arkusz Excel) - do właściwego terytorialnie Oddziału PFRON

pola zaznaczonego znakiem "x" nie należy wypełniać

Liczba Beneficjentów pomocy ogółem (dotyczy sytuacji, gdy środki zostały wypłacone)

L. p.	MODUŁ PROGRAMU	OBSZAR	NR ZADANIA	Rodzaj niepełnosprawności (dysfunkcji) Beneficjenta	Stopień niepełnosprawności Beneficjenta					
					znacznego lub orzeczenie równoważne		umiarkowanego lub orzeczenie równoważne		lekki lub orzeczenie równoważne	orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.)
					Ogółem	w tym osoby do 18 r.ż.	Ogółem	w tym osoby do 18 r.ż.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	I	A	1	dysfunkcja narządu ruchu	1	0	0	0	x	0
2	I	A	2	dysfunkcja narządu ruchu	0	x	0	x	x	x
3	I	B	1	dysfunkcja obu kończyn górnych	3	0	x	x	x	0
	I	B	1	dysfunkcja narządu wzroku	0	0	x	x	x	1
	I	B	1	w tym osoby niewidome (urządzenia brajlowskie)	0	0	x	x	x	0
4	I	B	2	dysfunkcja obu kończyn górnych	0	0	x	x	x	0
	I	B	2	dysfunkcja narządu wzroku	0	0	x	x	x	0
	I	B	2	w tym osoby głuchoniewidome	0	0	x	x	x	0
5	I	C	1	dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym	1	0	x	x	x	0
6	I	C	2	użytkownicy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	0	0	x	x	x	0
7	I	C	3	amputacje, w tym:	0	x	0	x	0	x
	I	C	3	kończyny/kończyn górnych	0	x	0	x	0	x
	I	C	3	kończyny/kończyn dolnych	0	x	1	x	0	x
	I	C	3	jednoczesna: kończyny/kończyn górnych i dolnych	0	x	0	x	0	x
8	I	C	4	amputacje, w tym:	0	x	0	x	0	x
	I	C	4	kończyny/kończyn górnych	0	x	0	x	0	x
	I	C	4	kończyny/kończyn dolnych	0	x	0	x	0	x
	I	C	4	jednoczesna: kończyny/kończyn górnych i dolnych	0	x	0	x	0	x
9	I	D	x	x	0	0	0	0	x	x
10	II	x	x	x	0	0	1	0	x	x
RAZEM:					5	0	2	0	0	1

Wysokość dofinansowania udzielonego Beneficjentom programu (kwoty wypłacone ogółem)

L. p.	MODUŁ PROGRAMU	OBSZAR	NR ZADANIA	Rodzaj niepełnosprawności (dysfunkcji) Beneficjenta	Stopień niepełnosprawności Beneficjenta					
					znaczny lub orzeczenie równoważne		umiarkowany lub orzeczenie równoważne		lekki lub orzeczenie równoważne	orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.)
					Ogółem	w tym osoby do 18 r.ż.	Ogółem	w tym osoby do 18 r.ż.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	I	A	1	dysfunkcja narządu ruchu	1387	0	0	0	x	0
2	I	A	2	dysfunkcja narządu ruchu	0	x	0	x	x	x
3	I	B	1	dysfunkcja obu kończyn górnych	11290	0	x	x	x	0
	I	B	1	dysfunkcja narządu wzroku		0	x	x	x	8106
	I	B	1	w tym osoby niewidome (urządzenia brajlowskie)	0	0	x	x	x	0
4	I	B	2	dysfunkcja obu kończyn górnych	0	0	x	x	x	0
	I	B	2	dysfunkcja narządu wzroku	0	0	x	x	x	0
	I	B	2	w tym osoby głuchoniewidome	0	0	x	x	x	0
5	I	C	1	dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym	12600	0	x	x	x	0
6	I	C	2	użytkownicy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	0	0	x	x	x	0
7	I	C	3	amputacje, w tym:	0	x	0	x	0	x
	I	C	3	kończyny/kończyn górnych	0	x	0	x	0	x
	I	C	3	kończyny/kończyn dolnych	0	x	13737,6	x	0	x
	I	C	3	jednoczesna: kończyny/kończyn górnych i dolnych	0	x	0	x	0	x
8	I	C	4	amputacje, w tym:	0	x	0	x	0	x
	I	C	4	kończyny/kończyn górnych	0	x	0	x	0	x
	I	C	4	kończyny/kończyn dolnych	0	x	0	x	0	x
	I	C	4	jednoczesna: kończyny/kończyn górnych i dolnych	0	x	0	x	0	x
9	I	D	x	x	0	0	0	0	x	x
10	II	x	x	x	0	0	4625	0	x	x
RAZEM:					25277	0	18362,6	0	0	8106

Osoba wskazana do kontaktu w sprawie informacji: Dorota Reda - Grzeszek
tel. kontaktowy: 91 322 54 82 e-mail: sekretariat@mopr.swinoujscie.pl

Sporządzono dnia 13.01.2014r.

D. Reda - Grzeszek

Z up. Prezydenta Miasta

mgr Gabriela Poniedziałek-Petruk
Dyrektor Miejskiego Ośrodka
Pomocy Rodzinie

Z up. Prezydenta Miasta
mgr Gabriela Poniedziałek - Petruk
Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie