

## **POROZUMIENIE NR 2/2021**

Zawarte w dniu ..... pomiędzy:

1. Powiatem Starogardzkim reprezentowanym przez:
  - Pana Kazimierza Chyłę – Starostę Powiatu starogardzkiego
  - Pana Patryka Gabriela - Wicestarostę Powiatu Starogardzkiego

a

2. Powiatem Świeckim reprezentowanym przez:
  - Panią Barbarę Studzińską - Starostę Powiatu Świeckiego
  - Pana Franciszka Koszowskiego - Wicestarostę Powiatu Świeckiego

o następującej treści:

### **§ 1**

1. Porozumienie reguluje zasady ponoszenia odpłatności przez Powiat Świecki za uczestnictwo mieszkańca Powiatu Świeckiego w warsztatach terapii zajęciowej prowadzonych na terenie Powiatu Starogardzkiego.

### **§ 2**

1. Powiat właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej będącej uczestnikiem warsztatu terapii zajęciowej na terenie innego powiatu zobowiązuje się do pokrywania kosztów rehabilitacji w odniesieniu do mieszkańca Powiatu w części nieobjętej dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Powiat Starogardzki zobowiązuje się do zapewnienia uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej mieszkańcowi powiatu świeckiego, zakwalifikowanego do uczestnictwa w terapii zajęciowej do dnia 1 stycznia 2021 r.
3. Lista z danymi uczestnika warsztatów terapii zajęciowej oraz podmiotu prowadzącego zajęcia dla osoby skierowanej stanowi załącznik nr 1 do niniejszego porozumienia.

### **§ 3**

1. Powiat Świecki zobowiązuje się do przekazywania dofinansowania za uczestnictwo swojego mieszkańca w warsztatach terapii zajęciowej w wysokości **603,00** zł (słownie: sześćset trzy złote 00/100) kwartalnie. Finansowanie rozpocznie się od 1 stycznia 2021 r. W skali roku da to kwotę **2 412,00** zł (słownie: dwa tysiące czterysta dwanaście złotych 00/100).
2. Powiat Świecki zobowiązuje się do przekazania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1 w czterech ratach po **603,00** zł (słownie: sześćset trzy złote 00/100) każda, płatne do 25 dnia miesiąca rozpoczynającego kwartał na rachunek bankowy Powiatu Starogardzkiego nr **60 8340 0001 0003 5321 2000 0005** z tym, że pierwsza rata płatna jest w terminie 14 dni od dnia podpisania porozumienia.
3. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej osoby skierowanej, Powiat Świecki nie ponosi za niego odpłatności począwszy od miesiąca

następującego po miesiącu rezygnacji. Należna odpłatność zostanie naliczona proporcjonalnie do okresu uczestnictwa mieszkańca powiatu tczewskiego w warsztatach.

4. Niewykorzystane w danym kwartale dofinansowanie zostanie zwrócone w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po zakończeniu danego kwartału na rachunek bankowy Powiatu Świeckiego nr **31 1020 1811 0000 0102 0269 3752**.
5. PCPR w Starogardzie Gdańskim do dnia 15 kwietnia 2021 r., 15 lipca 2021 r. 15 października 2021 r. i 15 stycznia 2022 r. przekaże do PCPR w Świeciu rozliczenie otrzymanego dofinansowania za miesiąc czerwiec oraz minione kwartały zawierające: oznaczenie WTZ, imię, nazwisko, miejsce zamieszkania uczestnika warsztatów, okres uczestnictwa w warsztacie w danym kwartale, kwotę dofinansowania na osobę i łączną kwotę dofinansowania.
6. PCPR w Starogardzie Gdańskim zobowiązuje się do rozliczenia kosztów rehabilitacji, wskazanych w § 3 ust.1, poprzez przedłożenie sprawozdania rocznego z wykorzystania środków Powiatu, w terminie do 31 stycznia 2022 roku.

#### **§ 4**

1. Porozumienie zostaje zawarte na okres od dnia 1 stycznia 2021 roku do 31 grudnia 2021 roku z możliwością wcześniejszego rozwiązania za porozumieniem stron.
2. Umowa ulega rozwiązaniu bez wypowiedzenia przez Powiat Starogardzki w przypadku braku płatności.
3. Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2021 r.
4. Wszelkie zmiany porozumienia wymagają aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

#### **§ 5**

Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym egzemplarzu dla każdej strony.

**Powiat Świecki**

**Powiat Starogardzki**

## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO POROZUMIENIA

1. Dane osobowe uczestnika warsztatów terapii zajęciowej zakwalifikowanych do udziału w Warsztatach Terapii Zajęciowej w Lalkowych:

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania
.....	..... .....

2. Podmiot prowadzący Warsztaty Terapii Zajęciowej

Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych i Potrzebujących Wsparcia  
z siedzibą: 83-230 Smętowo Graniczne, Lalkowy 10  
reprezentowane przez:

***Prezes Zarządu Stowarzyszenia - Marzenę Ołowską***