

POROZUMIENIE NR 2/2023

Zawarte w dniu _____ pomiędzy:

- Powiatem Starogardzkim** reprezentowanym przez:
 - Pana Kazimierza Chylę – Starostę Powiatu Starogardzkiego
 - Pana Patryka Gabriela - Wicestarostę Powiatu Starogardzkiego
- Powiatem Świeckim** reprezentowanym przez:
 - Panią Barbarę Studzińską - Starostę Powiatu Świeckiego
 - Pana Franciszka Koszowskiego - Wicestarostę Powiatu Świeckiego

o następującej treści:

§ 1

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

§ 2

- 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.
- Powiat Starogardzki zobowiązuje się do zapewnienia uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej mieszkańcowi powiatu świeckiego, zakwalifikowanego do uczestnictwa w terapii zajęciowej do dnia 31 grudnia 2023 roku.
- Lista z danymi uczestnika warsztatów terapii zajęciowej oraz podmiotu prowadzącego zajęcia dla osoby skierowanej stanowi załącznik nr 1 do niniejszego porozumienia.

§ 3

- Powiat Świecki zobowiązuje się do przekazywania dofinansowania za uczestnictwo swojego mieszkańca w warsztatach terapii zajęciowej w czterech ratach. Finansowanie rozpocznie się od 1 stycznia 2023 roku. W skali roku da to kwotę **3 078,00 zł** (słownie: trzy tysiące siedemdziesiąt osiem złotych 00/100). Harmonogram płatności przedstawia poniższa tabela:

Kwartał	Kwota [zł]	Termin płatności
I	770,00	14 dni od podpisania porozumienia
II	770,00	do 25 dnia miesiąca rozpoczynającego kwartał
III	769,00	do 25 dnia miesiąca rozpoczynającego kwartał
IV	769,00	do 25 dnia miesiąca rozpoczynającego kwartał

- Powiat Świecki zobowiązuje się do przekazania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1 w czterech ratach, 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.
- 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 2023 roku, 15 lipca 2023 roku, 15 października 2023 roku i 15 stycznia 2024 roku przekaże do PCPR w Świeciu rozliczenie otrzymanego dofinansowania za 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 2024 roku.

§ 4

1. Porozumienie zostaje zawarte na okres od dnia 1 stycznia 2023 roku do 31 grudnia 2023 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 2023 roku.
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 2/2023

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**