Uchwała Nr 357/...82.../2026
Zarządu Powiatu Węgrowskiego
z dnia 30 czerwca 2026

w sprawie określenia zasad udzielania beneficjentom ochrony czasowej pomocy polegającej na zakwaterowaniu zbiorowym wraz z całodziennym wyżywieniem w obiekcie zbiorowego zakwaterowania oraz zasad rozliczenia

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym /Dz. U. z 2025 r. poz. 1684 ze zm./ w związku z decyzją Nr 8/2026 z dnia 26 czerwca 2026 r. Zarząd Powiatu Węgrowskiego uchwala co następuje :

§ 1

1. Ustala się miejsce pobytu dla beneficjentów ochrony czasowej zgodnie z lokalizacją zgłoszoną do Wojewody Mazowieckiego:
   1) Hotel Firmy Active Revital
2. Zapewnia się w okresie od 1 lipca 2026 roku do czasu obowiązywania polecenia Wojewody Mazowieckiego wydanego w drodze decyzji nr 8/2026 z dnia 26 czerwca 2026 r. pomoc beneficjentom ochrony czasowej polegającą na zakwaterowaniu zbiorowym wraz z całodziennym wyżywieniem w obiekcie zbiorowego zakwaterowania.
3. Udzielenie pomocy dotyczy beneficjentów ochrony czasowej, jeżeli posiadają oni status UKR, należą do grupy wrażliwej oraz nie są w stanie samodzielnie zapewnić sobie zakwaterowania.
4. Za osobę należącą do grupy wrażliwej uznaje się osobę, która spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:

   1) posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym, lub orzeczenie równoważne, lub jest opiekunem takiej osoby i nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego;

   2) ukończyła:

   a) w przypadku kobiet – 60. rok życia,

   b) w przypadku mężczyzn – 65. rok życia

   – o ile nie pobiera polskiego świadczenia emerytalnego, nie pracuje i nie posiada na terytorium Polski pełnoletnich zstępnych, którzy podlegają obowiązkowi alimentacyjnemu;

   3) jest kobietą w ciąży lub osobą wychowującą dziecko do 12. miesiąca życia wraz z tym dzieckiem, na podstawie przedstawionych dokumentów;

   4) jest osobą z zagranicznej instytucjonalnej pieczy zastępczej;

   5) jest osobą bezpośrednio po hospitalizacji trwającej przynajmniej 7 dni, nie dłużej niż do ustania przyczyny będącej powodem hospitalizacji.

5. Zakwaterowanie przysługuje również cudzoziemcowi, który odniósł obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium państwa lub obszaru geograficznego, którego dotyczy decyzja Rady Unii Europejskiej stwierdzająca istnienie masowego napływu wysiedleńców, niespełniającemu warunków, o których mowa w art. 106 Ustawy, który został przetransportowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
6. Zgodnie z przepisami stawką określoną dla hotelu jest stawka – 70 zł.
7. Ustala się zasady udzielania beneficjentom ochrony czasowej pomocy polegającej na zakwaterowaniu zbiorowym wraz z całodziennym wyżywieniem w obiekcie zbiorowego zakwaterowania oraz zasad rozliczenia zgodnie z załącznikiem nr 1 do uchwały.

§ 2.

1. Wydatki związane z realizacją zadania pokrywane są ze środków dotacji celowej otrzymanej z budżetu państwa na realizację zadania z zakresu administracji rządowej.
2. Zadanie realizowane jest przez zewnętrzny podmiot wskazany w § 1 pkt 1 jest zadaniem z zakresu administracji rządowej finansowanym ze środków dotacji celowej z budżetu państwa przekazywanej przez Wojewodę Mazowieckiego zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Środki z dotacji celowej przekazywane są i ewidencjonowane zgodnie z zasadami dla dotacji celowych na realizację zadań z zakresu administracji rządowej oraz umową o udzielenie dotacji
4. Otrzymana dotacja stanowi dochód budżetu powiatu i podlega rozliczeniom zgodnie z przepisami dotyczącymi dotacji celowych na zadania z zakresu administracji rządowej.
5. Zarząd Powiatu Węgrowskiego zapewnia ujęcie dochodów i wydatków związanych z realizacją zadania w planie finansowym budżetu powiatu zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi realizacji zadań z zakresu administracji rządowej.
6. Realizatorem decyzji Wojewody Mazowieckiego nr 8/2026 z dnia 26 czerwca 2026 r. jest Powiat Węgrowski/Starostwo Powiatowe w Węgrowie oraz podmioty przyjmujące uchodźców określone w § 1 ust. 1.
7. Wykorzystanie środków z dotacji celowej nastąpi z konta poprzez zapłatę za zrealizowane świadczenia i pokrycie zobowiązań finansowych zaciągniętych na cel związany z realizacją zadań przez podmiot o którym mowa w § 1 ust.1.
8. Rozliczenie wykorzystanych środków dla podmiotu wskazanego w § 1 ust 1 będzie następowało na podstawie prawidłowo wystawionych faktur, załączników do faktur i umowy nr .....
9. W oparciu o przekazaną z dotację celową dokonywane jest finansowanie lub refundacja poniesionych wydatków na realizację zadania.
10. Wszystkie faktury, dotyczące realizacji zadań powinny być szczegółowo opisane z jednoznacznym wskazaniem źródła finansowania.
11. Sposób opisywania dokumentów źródłowych oraz zasady ich ewidencji księgowej określa szczegółowo zakładowy plan kont.

12. Sprawozdanie budżetowe z wykorzystanych środków dokonuje się według zasad i w trybie określonym dla sprawozdań jednostkowych ze wskazaniem źródła i nazwy finansowania wydatków.

§ 3.

Biuro Zarządzania Kryzysowego nadzoruje merytorycznie składaną przez obiekt zakwaterowania dokumentację dotyczącą osób zakwaterowanych, raportów dobowych oraz opisuje przekazane faktury.

§ 4.

1. Wyznacza się swoich przedstawicieli ze strony Powiatu , którzy będą odpowiedzialni za koordynację i realizację zadań:
   1) w zakresie § 2 ust. 2,3-5, 6, 7, 9 uchwały – Skarbnika Powiatu,
   2) w zakresie spraw merytorycznych umowy– Biuro Zarzadzania Kryzysowego,
   3) w zakresie sprawozdawczości merytorycznej z Wojewodą Mazowieckim – Biuro Zarzadzania Kryzysowego

§ 5

1. Wykonanie uchwały powierza się osobom wymienionym w § 4 w zakresie do nich przypisanym.

§ 6

Traci moc uchwała nr 241/58/2025 Zarządu Powiatu Węgrowskiego z dnia 4 listopada 2025r. w sprawie **w sprawie określenia zasad i kosztów pobytu oraz wnoszenia, zwalniania z opłat obywateli Ukrainy finansowanych ze środków Funduszu Pomocy oraz zasad ich rozliczenia.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2026 r..

Członkowie Zarządu:

1. Ewa Besztak – Starosta

2. Marek Renik – Wicestarosta

3. Tadeusz Kot – Członek Zarządu

4. Artur Lis – Członek Zarządu

5. Krzysztof Onaszkiewicz – Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 357/.32./2026
Zarządu Powiatu Węgrowskiego
z dnia 30 czerwca 2026 roku

Zasady udzielania beneficjentom ochrony czasowej pomocy polegającej na zakwaterowaniu zbiorowym wraz z całodziennym wyżywieniem w obiekcie zbiorowego zakwaterowania oraz zasad rozliczenia

1.Udzielenie pomocy dotyczy beneficjentów ochrony czasowej, jeżeli posiadają oni status UKR, należą do grupy wrażliwej oraz nie są w stanie samodzielnie zapewnić sobie zakwaterowania.

2.Za osobę należącą do grupy wrażliwej uznaje się osobę, która spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:

1) posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym, lub orzeczenie równoważne, lub jest opiekunem takiej osoby i nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego;

2) ukończyła:

a) w przypadku kobiet – 60. rok życia,

b) w przypadku mężczyzn – 65. rok życia

– o ile nie pobiera polskiego świadczenia emerytalnego, nie pracuje i nie posiada na terytorium Polski pełnoletnich zstępnych, którzy podlegają obowiązkowi alimentacyjnemu;

3) jest kobietą w ciąży lub osobą wychowującą dziecko do 12. miesiąca życia wraz z tym dzieckiem, na podstawie przedstawionych dokumentów;

4) jest osobą z zagranicznej instytucjonalnej pieczy zastępczej;

5) jest osobą bezpośrednio po hospitalizacji trwającej przynajmniej 7 dni, nie dłużej niż do ustania przyczyny będącej powodem hospitalizacji.

3.Zakwaterowanie przysługuje również cudzoziemcowi, który odniósł obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium państwa lub obszaru geograficznego, którego dotyczy decyzja Rady Unii Europejskiej stwierdzająca istnienie masowego napływu wysiedleńców, niespełniającemu warunków, o których mowa w art. 106 Ustawy, który został przetransportowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

4.Podstawą weryfikacji spełnienia warunków zakwaterowania beneficjenta ochrony czasowej jest przedłożenie dokumentów, o których mowa poniżej oraz dokumentów potwierdzających posiadanie statusu UKR i uprawnienie do korzystania z pomocy:

1) przedłożenie kwestionariusza kwalifikacyjnego potwierdzającego uprawnienia obywatela Ukrainy do pobytu w obiekcie zakwaterowania zbiorowego na podstawie art. 112 ust. 5 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzieleniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2025 r. poz. 223 ze zm.) zgodnie ze wzorem nr 1 do niniejszego załącznika.

2) w przypadku osoby, o której mowa w pkt 2 ppkt1 – poprzez przedłożenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności albo dokumentu równoważnego, po okazaniu oryginału do wglądu, a w przypadku opiekuna osoby niepełnosprawnej – poprzez złożenie oświadczenia sporządzonego zgodnie ze wzorem nr 2 do załącznika nr 1;

3) w przypadku osoby, o której mowa w pkt 2 ppkt2 – poprzez złożenie oświadczenia sporządzonego zgodnie ze wzorem nr 3 do niniejszego załącznika;

4) w przypadku osoby, o której mowa w pkt 2 ppkt 3 – poprzez przedłożenie zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego ciążę albo odpisu aktu urodzenia dziecka lub innego dokumentu urzędowego potwierdzającego, że dziecko nie ukończyło 12 miesiąca życia;

5) w przypadku osoby, o której mowa w pkt 2 ppkt 4 – poprzez przedłożenie zaświadczenia lub innego dokumentu wydanego przez właściwy organ lub instytucję potwierdzającego umieszczenie w zagranicznej instytucjonalnej pieczy zastępczej;

6) w przypadku osoby, o której mowa w pkt 2 ppkt 5 – poprzez przedłożenie zaświadczenia wydanego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą potwierdzającego hospitalizację trwającą co najmniej 7 dni oraz fakt pozostawania bezpośrednio po hospitalizacji;

5. Podmiot realizujący na rzecz Powiatu Węgrowskiego usługi w zakresie zakwaterowania wraz z całodziennym wyżywieniem zobowiązany jest w terminie do 5 dnia każdego miesiąca, przekazywać do Biura Zarządzania Kryzysowego dokumenty wskazane w pkt 4 celem weryfikacji spełnienia warunków zakwaterowania beneficjenta ochrony czasowej.

6. Podmiot realizujący usługi jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Biura Zarzadzania Kryzysowego o każdej zmianie mającej wpływ na spełnianie przez beneficjenta warunków finansowania pobytu oraz do przekazywania dokumentacji potwierdzającej uprawnienie do korzystania z pomocy.

7. Podmiot realizujący usługi ponosi odpowiedzialność za terminowe i rzetelne przeprowadzenie wstępnej weryfikacji beneficjentów ochrony czasowej oraz przekazanie do Biura Zarzadzania Kryzysowego dokumentów potwierdzających spełnianie przesłanek uprawniających do finansowania pobytu ze środków dotacji celowej. W przypadku niewykonania, nienależytego wykonania lub nieterminowego wykonania tego obowiązku, skutkującego brakiem możliwości potwierdzenia spełnienia warunków finansowania, koszty pobytu osób, których uprawnienia nie zostały prawidłowo udokumentowane i zweryfikowane, nie będą finansowane ze środków dotacji celowej i nie będą podlegały rozliczeniu z Powiatem Węgrowskim.

8. Po przekazaniu przez podmiot realizujący usługi kompletnej dokumentacji potwierdzającej spełnienia przez beneficjentów ochrony czasowej przesłanek uprawniających do finansowania pobytu ze środków dotacji celowej na realizację zadania, pracownik Biura Zarzadzania Kryzysowego przeprowadza weryfikację pod kątem kompletności, zgodności z obowiązującymi przepisami oraz spełniania warunków uprawniających do finansowania pobytu. Po pozytywnej weryfikacji dokumentacji pracownik Biura Zarządzania Kryzysowego sporządza wykaz zweryfikowanych beneficjentów i przekazuję w formie zapotrzebowania do Wojewody Mazowieckiego na środki z dotacji celowej.

9. Wykaz beneficjentów ochrony czasowej poddanych weryfikacji wraz z jej wynikami Biuro Zarzadzania Kryzysowego przedstawia Zarządowi Powiatu do zatwierdzenia.

10. Po zatwierdzeniu wykazu przez Zarząd Powiatu- Biuro Zarządzania Kryzysowego przekazuje go niezwłocznie podmiotowi realizującemu zadanie.

Członkowie Zarządu:

1. Ewa Besztak – Starosta

2. Marek Renik – Wicestarosta

3. Tadeusz Kot – Członek Zarządu

4. Artur Lis – Członek Zarządu

5. Krzysztof Onaszkiewicz – Członek Zarządu

Załącznik nr 1

Kwestionariusz kwalifikacyjny potwierdzający uprawnienia obywatela Ukrainy do pobytu w obiekcie zakwaterowania zbiorowego na podstawie art. 112 ust. 5 *ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U z 2025 r. poz. 223, ze zm.) – dalej ustawy*

Кваліфікаційна анкета, що підтверджує право громадянина/громадянки України на перебування в центрі колективного розміщення на підставі ст. 112 ч. 5 *Закону від 13 червня 2003 року про надання іноземцям захисту на території Республіки Польща (Збірник законів за 2025 р., поз. 223 зі змінами), надалі – Закон*

* WYPEŁNIĆ DRUKOANYMI LITERAMI / ЗАПОВНЮВАТИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

Data wypełnienia ankiety / Дата заповнення анкети: .....

Część I. Dane dotyczące mieszkańca obiektu zakwaterowania zbiorowego (OZZ)

Частина I. Дані особи, яка проживає в об'єкті колективного розміщення (окр)

Nazwa i adres OZZ Назва та адреса центра колективного розміщення			
		Data zamieszkania w OZZ Дата поселення	
		Data opuszczenia OZZ Дата вибуття	
Imię i nazwisko, Nr PESEL osoby uprawnionej do pobytu w OZZ Ім'я та прізвище, Номер PESEL, особи яка має право на перебування в центрі колективного розміщення		**Data urodzenia:** Дата народження: .... dzień miesiąc rok ..день ....місяць ..... рік	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub opiekuna wskazanego przez władze kraju pochodzenia lub opiekuna tymczasowego Ім'я та прізвище законного або тимчасового опікуна	..... (wpisać jeśli dotyczy osoby ubezwłasnowolnionej lub małoletniej) (заповнюється у разі недієздатної або неповнолітньої особи)	..... PESEL	
Nr PESEL osoby uprawnionej: Номер PESEL уповноваженої особи:	Nr PESEL	Z dnia: ..... від:	
Płeć / Стать: Stan cywilny (deklarowany): Сімейний стан (задекларований):	☐ Kobieta / Жінка ☐ Mężczyzna / Чоловік	☐ panna/ kawaler / неодружена / неодружений ☐ mężatka / żonaty / одружена / одружений ☐ rozwiedziona / rozwiedziony / розлучена / розлучений ☐ wdowa / wdowiec / вдова / вдівець	
Data pierwszego przekroczenia granicy RP po 24.02.2022 r.: Дата першого перетину кордону Республіки Польща після 24.02.2022 р.	.... dzień miesiąc rok ..день ....місяць ..... рік	Data ostatniego wjazdu na terytorium RP po 24.02.2022 r.: Дата останнього в'їзду на територію Республіки Польща після 24.02.2022 р.	.... dzień miesiąc rok ..день ....місяць ..... рік

Część II. Warunki pobytu w obiekcie zakwaterowania zbiorowego – zgodnie art. 112 ust. 5 ustawy

Частина II. Умови перебування в об'єкті колективного розміщення – відповідно до ст. 112 ч. 5 Закону

Podstawa prawna art. 112 Правова підстава ст. 112	**Warunek pobytu w OZZ** Умова перебування в центрі колективного розміщення	**Wstawić symbol „X" w odpowiednie pole** Поставте знак «X» у відповідному полі	
ust. 3 ч. 3	**Posiadam aktualny status UKR, o którym mowa w art. 110a ust. 1 ustawy**[1] Маю чинний статус UKR, про який йдеться у ст. 110a ч. 1 Закону[1]		
ust. 5 pkt 1 ч. 5 п. 1	**Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym, lub orzeczenie równoważne, o którym mowa w art. 5 pkt 1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i załączam kopię dokumentu potwierdzającego ten fakt.**[2] Маю рішення про інвалідність або про помірний чи значний ступінь інвалідності, або рівнозначне рішення, про яке йдеться у ст. 5 п. 1–2 Закону від 27 серпня 1997 року про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю, та додаю копію документа, що підтверджує цей факт.[2]	**Niepełnosprawność dziecka** Інвалідність дитини	
		znaczny Значний ступінь інвалідності	
		umiarkowany Помірний ступінь інвалідності	
		równoważny рівнозначне	
ust. 5 pkt 1 ч. 5 п. 1	**Jestem opiekunem osoby, która posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym, lub orzeczenie równoważne, o którym mowa w art. 5 pkt 1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych** Я є опікуном особи, яка має рішення про інвалідність або про помірний чи значний ступінь інвалідності, або рівнозначне рішення, про яке йдеться у ст. 5 п. 1–2 Закону від 27 серпня 1997 року про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю. ..... **(imię i nazwisko osoby będącej pod opieką, w tym niepełnoletnie dziecko)** **PESEL** (ім'я та прізвище особи, яка перебуває під опікою, у тому числі неповнолітньої дитини)		
	Nie pobieram świadczenia pielęgnacyjnego;[3] Не отримую виплату по догляду.[3]		
ust. 5 pkt 2 ч. 5 п. 2	**Ukończyłam/em /** Досяг(ла): **a) w przypadku kobiet – 60. rok życia /** у випадку жінок – 60-річного віку, **b) w przypadku mężczyzn – 65. rok życia /** у випадку чоловіків – 65-річного віку, **oraz oświadczam, że /** та заявляю, що:		
	☐ **nie pobieram świadczenie emerytalnego z polskiego systemu**[4] не отримую пенсію з польської пенсійної системи.[4]		
	☐ **nie pracuję**[4] не працюю[4]		
	☐ **nie posiadam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pełnoletnich zstępnych, którzy podlegają obowiązkowi alimentacyjnemu**[4] не маю на території Республіки Польща повнолітніх дітей або інших нащадків, на яких покладено обов'язок утримання (аліментний обов'язок)[4]		
ust. 5 pkt 3 ч. 5 п. 3	**Jestem kobietą w ciąży i załączam kopię dokumentu potwierdzającego ten fakt;**[5] Я вагітна та додаю копію документа, що підтверджує цей факт.[5]		

	Jestem osobą wychowującą dziecko do 12. miesiąca życia i będę przebywać w OZZ wraz z tym dzieckiem, i załączam kopię dokumentu potwierdzającego ten fakt[6]; Я виховую дитину віком до 12 місяців та перебуватиму в центрі колективного розміщення разом із цією дитиною, і додаю копію документа, що підтверджує цей факт.[6] ..... **(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia dziecka, PESEL)** (ім'я та прізвище дитини, дата народження дитини, PESEL)	
ust. 5 pkt 4 ч. 5 п. 4	**Oświadczam, że jestem osobą z zagranicznej instytucjonalnej pieczy zastępczej, przez które to osoby należy rozumieć (załączam dokumentację w tym zakresie)[7]*:** **a) dzieci lub osoby pełnoletnie, które bezpośrednio przed przyjazdem do Rzeczypospolitej Polskiej były umieszczone na terytorium państw swojego pochodzenia w instytucjach zapewniających całodobowy pobyt, różnych typów, form własności i podporządkowania, i które przybyły do Rzeczypospolitej Polskiej w ramach zorganizowanej ewakuacji tych instytucji,** **b) osoby zatrudnione w instytucjach, o których mowa w lit. A, które przybyły do Rzeczypospolitej Polskiej w celu sprawowania opieki nad osobami wymienionymi w lit. A** ***art. 2 pkt 14 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP** Заявляю, що належу до осіб із закордонної інституційної системи альтернативного догляду, під якими розуміють[7]*: а) діти або повнолітні особи, які безпосередньо перед прибуттям до Республіки Польща перебували в установах цілодобового догляду на території держави свого походження та прибули до Республіки Польща в межах організованої евакуації таких установ; б) особи, працевлаштовані в установах, зазначених у підпункті «а», які прибули до Республіки Польща з метою здійснення догляду за особами, зазначеними в підпункті «а». *ст. 2 п. 14 Закону про надання іноземцям захисту на території РП	
ust. 5 pkt 5 ч. 5 п. 5	**Jestem osobą bezpośrednio po hospitalizacji finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, trwającej przynajmniej 7 dni, nie dłużej niż do ustania przyczyny będącej powodem hospitalizacji i załączam kopię dokumentu potwierdzającego ten fakt;[8]** Я є особою, яка щойно завершила госпіталізацію, яка фінансувалася Національним Фондом Здоров'я, що тривала щонайменше 7 днів, але не довше ніж до усунення причин госпіталізації, та додаю копію документа, що підтверджує цей факт.[8]	
ust. 6 ч. 6	**Jestem cudzoziemcem, który odniósł obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium Ukrainy, niespełniającym warunków, o których mowa w art. 106 ustawy, który został przetransportowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.** Я є іноземцем, який зазнав поранень внаслідок воєнних дій на території України, не відповідає умовам, визначеним у ст. 106 Закону, та був перевезений на територію Республіки Польща з метою отримання медичної допомоги.	

W celu udokumentowania wskazanych w Kwestionariuszu okoliczności przedkładam następujące załączniki (zgodnie z Objaśnieniami do części I kwestionariusza):

З метою документального підтвердження обставин, зазначених в Анкеті, подаю такі додатки (відповідно до Пояснень до Частини II анкети):

1) .....

2) .....

3) .....

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą oraz, że w przypadku zmian mających wpływ na prawo do pobytu w OZZ, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni, poinformuję o tym oraz złożę nowy kwestionariusz wraz z aktualnymi załącznikami potwierdzającymi zaistniałe zmiany.

Заявляю, що наведені мною дані є правдивими, а також що у разі виникнення змін, які впливають на право перебування в ОКР, я невідкладно, але не пізніше ніж протягом 7 днів, повідомлю про це відповідний орган та подам нову анкету разом з актуальними додатками, що підтверджують такі зміни.

.....

.....

data i czytelny podpis obywatela Ukrainy
дата та розбірливий підпис громадянина/громадянки України

data i czytelny podpis osoby wypełniającej wniosek
дата та розбірливий підпис особи, яка заповнює анкету

Objaśnienia / Пояснення:

W celu potwierdzenia warunków uprawniających obywatela Ukrainy do pobytu w OZZ do kwestionariusza kwalifikacyjnego obywatel Ukrainy zobowiązany jest dołączyć:

Для підтвердження умов, що надають громадянину/громадянці України право на перебування в центрі колективного розміщення, до кваліфікаційної анкети необхідно додати:

[1] **Informację o nadaniu Numeru PESEL UKR.**
Інформацію про присвоєння номера PESEL UKR

[2] **Potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię orzeczenia o niepełnosprawności orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym, lub orzeczenie równoważne, o którym mowa w art. 5 pkt 1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
Przez orzeczenie równoważne należy rozumieć 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, które traktowane jest na równi z orzeczeniem o
□□□□□□□m □t□□□□u □□□□□□□□□r□w□□ś□□
1a) niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jest traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu
□□□□□□□□□□r□w□□ś□□
2) całkowita niezdolność do pracy, ustalona na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jest
tr□kt□w□□□□□rów□□□□r□□□□□□□□m □um□□rk□w□□□m □t□□□□u □□□□□□□□□r□w□□ś□□
Завірену копію рішення про інвалідність, рішення про помірний або значний ступінь інвалідності чи рівнозначного рішення, про яке йдеться у ст. 5 п. 1–2 Закону від 27 серпня 1997 року про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю. Під рівнозначним рішенням слід розуміти рішення лікаря-експерта Закладу соціального страхування (ZUS) про:
1)повну непрацездатність, встановлену на підставі ст. 12 ч. 2, та нездатність до самостійного існування, встановлену на підставі ст. 13 ч. 5 Закону від 17 грудня 1998 року про пенсії та ренти з Фонду соціального страхування, яке прирівнюється до рішення про значний ступінь інвалідності;
1а) нездатність до самостійного існування, встановлену на підставі ст. 13 ч. 5 Закону про пенсії та ренти з Фонду соціального страхування, яка прирівнюється до рішення про значний ступінь інвалідності;
2) повну непрацездатність, встановлену на підставі ст. 12 ч. 2 Закону про пенсії та ренти з Фонду соціального страхування, яка прирівнюється до рішення про помірний ступінь інвалідності.

[3] **Potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię orzeczenia o którym mowa w przypisie 2, osoby nad którą sprawowana jest opieka oraz oświadczenie osoby sprawującej opiekę, że nie jest uprawniona do świadczenia pielęgnacyjnego – zgodnie z załącznikiem Nr 1 do kwestionariusza.**
Завірену копію рішення, зазначеного в пункті 2, щодо особи, над якою здійснюється опіка, а також заяву опікуна про те, що він/вона не має права на отримання виплати по догляду — відповідно до Додатка № 1 до анкети.

[4] **Oświadczenie obywatela Ukrainy o niepobieraniu/pobieraniu świadczenia emerytalnego z polskiego systemu emerytalnego oraz okolicznościach, o których mowa w art. 112 ust. 5 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do niniejszego kwestionariusza.**
Заяву громадянина/громадянки України про отримання або неотримання пенсійної виплати з польської пенсійної системи та про обставини, зазначені у ст. 112 ч. 5 Закону про надання іноземцям захисту на території Республіки Польща — відповідно до Додатка № 2 до цієї анкети.

[5] **Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciążę (wydane nie wcześniej niż miesiąc przed jego złożeniem lub inny dokument potwierdzający ciążę).**
Медичну довідку, що підтверджує вагітність (видану не раніше ніж за один місяць до її подання), або інший документ, що підтверджує вагітність.

[6] **Dane dzieci zweryfikowane na podstawie aktu urodzenia dziecka lub innego dokumentu potwierdzającego wiek dziecka.**
Дані дитини, підтверджені свідоцтвом про народження або іншим документом, що підтверджує вік дитини.

[7] **Dokument potwierdzający umieszczenie w ukraińskiej pieczy zastępczej poświadczony przez tłumacza przysięgłego.**
Документ, що підтверджує перебування в українській системі альтернативного догляду, засвідчений присяжним перекладачем.

[8] **Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający trwający przynajmniej 7 dni pobyt w szpitalu oraz wskazujący na ciężką lub przewlekłą chorobę.**
Довідку або інший документ, що підтверджує перебування в лікарні щонайменше 7 днів та вказує на тяжке або хронічне захворювання.

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Przetwarzamy Państwa dane osobowe wyłącznie w celu wykonania zadań Administratora, które wynikają z przepisów prawa oraz zadań realizowanych w interesie publicznym. Więcej informacji znajdą Państwo na stronie https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/Przetwarzanie-danych-osobowych, w zakładce „O urzędzie" – „Przetwarzanie Danych Osobowych".
Контролером персональних даних є Мазовецький воєвода. Ми обробляємо ваші персональні дані виключно з метою виконання обов'язків Контролера, що випливають із правових положень та завдань, що виконуються в суспільних інтересах. Більше інформації можна знайти за адресою https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/Przetwarzanie-danych-osobowych, у вкладці «Про Управління» – «Обробка персональних даних».

Część III. Wypełnia Województwo / Powiat / Gmina, na terenie którego znajduje się Obiekt Zakwaterowania Zbiorowego

Частина III. Заповнюється Воєводством / Повітом / Гміною, на території яких розташований центр колективного розміщення

POTWIERDZENIE WARUNKÓW DO POBYTU W OBIEKCIE ZBIOROWEGO ZAKWATEROWANIA

o których mowa w art. 112 ust. 5 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРАВА НА ПЕРЕБУВАННЯ В ЦЕНТРІ КОЛЕКТИВНОГО РОЗМІЩЕННЯ

відповідно до ст. 112 ч. 5 Закону від 13 червня 2003 року про надання іноземцям захисту на території Республіки Польща

Na podstawie analizy okoliczności, o których mowa w art. 112 ust. 5 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej (Dz. U. z 2025 r. poz. 223, ze zm.), ustalonych w „Kwestionariuszu kwalifikacyjnym potwierdzającym uprawnienia obywatela Ukrainy do pobytu w obiekcie zakwaterowania zbiorowego"

На підставі аналізу обставин, зазначених у ст. 112 ч. 5 Закону про надання іноземцям захисту на території Республіки Польща (Dz.U. 2025 р., поз. 223, зі змінами), встановлених у «Кваліфікаційній анкеті, що підтверджує право громадянина/громадянки України на перебування в центрі колективного розміщення»

☐ **Potwierdzam** uprawnienia obywatela Ukrainy do pobytu w OZZ:

Підтверджую право громадянина/громадянки України на перебування в центрі колективного розміщення:

- w okresie od ..... nie dłuższym niż do .....[1]
  у період з не довше ніж
- w okresie od ..... nie dłuższym niż do .....
  у період з не довше ніж
- w okresie od ..... nie dłuższym niż do .....
  у період з не довше ніж
- w okresie od ..... nie dłuższym niż do .....
  у період з не довше ніж
- w okresie od ..... nie dłuższym niż do .....
  у період з не довше ніж

☐ **Nie potwierdzam** uprawnień obywatela Ukrainy do pobytu w OZZ.

Не підтверджую право громадянина/громадянки України на перебування в в центрі колективного розміщення

.....

(podpis organu lub osoby upoważnionej)

(підпис органу або уповноваженої особи)

---

[1] *Okres nie może być dłuższy niż do 4.03.2027 r. lub np. na okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, ukończenia przez dziecko 12 m-ca życia.*

[1] *Період не може тривати довше ніж до 04.03.2027 р. або, залежно від підстави перебування, довше ніж до закінчення строку дії рішення про інвалідність чи ступінь інвалідності, або до досягнення дитиною 12-місячного віку.*

Załącznik nr 2

Zał. 1 do kwestionariusza kwalifikacyjnego potwierdzającego uprawnienia obywatela Ukrainy do pobytu w obiekcie zakwaterowania zbiorowego na podstawie art. 112 ust. 5 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U z 2025 r. poz. 223, ze zm.)

Додаток № 1 до кваліфікаційної анкети, що підтверджує право громадянина/громадянки України на перебування в центрі колективного розміщення на підставі ст. 112 ч. 5 Закону від 13 червня 2003 року про надання іноземцям захисту на території Республіки Польща (Dz.U. 2025 р., поз. 223, зі змінами).

OŚWIADCZENIE O POBIERANIU / NIEPOBIERANIU[1] ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO Z TYTUŁU SPRAWOWANIA OPIEKI NAD OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ, POSIADAJĄCĄ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UMIARKOWANYM LUB ZNACZNYM, LUB ORZECZENIE RÓWNOWAŻNE, O KTÓRYM MOWA W ART. 5 PKT 1–2 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNIA 1997 R. O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

ЗАЯВА ПРО ОТРИМАННЯ / НЕОТРИМАННЯ[1] ВИПЛАТИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ОСОБОЮ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ЯКА МАЄ РІШЕННЯ ПРО ІНВАЛІДНІСТЬ АБО ПОМІРНИЙ ЧИ ЗНАЧНИЙ СТУПІНЬ ІНВАЛІДНОСТІ, АБО РІВНОЗНАЧНЕ РІШЕННЯ, ПРО ЯКЕ ЙДЕТЬСЯ У СТ. 5 ПУНКТ 1–2 ЗАКОНУ ВІД 27 СЕРПНЯ 1997 Р. ПРО ПРОФЕСІЙНУ ТА СОЦІАЛЬНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ Й ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

WYPEŁNIA OBYWATEL UKRAINY, OPIEKUN OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

ЗАПОВНЮЄ ГРОМАДЯНИН/ГРОМАДЯНКА УКРАЇНИ, ОПІКУН ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

....

(imię i nazwisko opiekuna OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ) *(PESEL)*

(ім'я та прізвище опікуна ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ) *(PESEL)*

Oświadczam, że na niżej wymienione osoby otrzymuję/nie otrzymuję świadczenie **PIELĘGNACYJNE.**

Заявляю, що на нижчезазначених осіб отримую / не отримую виплату **ПО ДОГЛЯДУ ЗА ОСОБОЮ З ІНВАЛІДНІСТЮ.**

Lp №	*Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej* *Ім'я та прізвище особи з інвалідністю*	*PESEL osoby niepełnosprawnej* *PESEL особи з інвалідністю*	otrzymuję[1] отримую[1]	Nie otrzymuję[1] Не отримую[1]
1				
2				

[1]zaznaczyć właściwe „X"

[1]Позначити відповідний варіант знаком «X»

....

Miejscowość, data *Czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej*

Населений пункт, дата *Розбірливий підпис опікуна особи з інвалідністю*

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Przetwarzamy Państwa dane osobowe wyłącznie w celu wykonania zadań Administratora, które wynikają z przepisów prawa oraz zadań realizowanych w interesie publicznym. Więcej informacji znajdą Państwo na stronie https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/Przetwarzanie-danych-osobowych, w zakładce „O urzędzie" – „Przetwarzanie Danych Osobowych".

Контролером персональних даних є Мазовецький воєвода. Ми обробляємо ваші персональні дані виключно з метою виконання обов'язків Контролера, що випливають із правових положень та завдань, що виконуються в суспільних інтересах. Більше інформації можна знайти за адресою https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/Przetwarzanie-danych-osobowych, у вкладці «про офіс» – «обробка персональних даних».

Załącznik nr 3

Zał. 2 do kwestionariusza kwalifikacyjnego potwierdzającego uprawnienia obywatela Ukrainy do pobytu w obiekcie zakwaterowania zbiorowego na podstawie art. 112 ust. 5 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U z 2025 r. poz. 223, ze zm.)

Додаток № 2 до кваліфікаційної анкети, що підтверджує право громадянина/громадянки України на перебування в центрі колективного розміщення на підставі ст. 112 ч. 5 Закону від 13 червня 2003 року про надання іноземцям захисту на території Республіки Польща (Dz.U. 2025 р., поз. 223, зі змінами).

OŚWIADCZENIE O POBIERANIU / NIEPOBIERANIU POLSKIEGO ŚWIADCZENIA EMERYTALNEGO ORAZ OKOLICZNOŚCIACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 112 UST. 5 USTAWY O UDZIELANIU CUDZOZIEMCOM OCHRONY NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

ЗАЯВА ПРО ОТРИМАННЯ / НЕОТРИМАННЯ ПЕНСІЙНОЇ ВИПЛАТИ З ПОЛЬСЬКОЇ ПЕНСІЙНОЇ СИСТЕМИ ТА ПРО ОБСТАВИНИ, ПЕРЕДБАЧЕНІ СТ. 112 Ч. 5 ЗАКОНУ ПРО НАДАННЯ ІНОЗЕМЦЯМ ЗАХИСТУ НА ТЕРИТОРІЇ РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩА

Imię i nazwisko / Ім'я та прізвище .....

PESEL .....

a) Oświadczam, że otrzymuję/nie otrzymuję[1] EMERYTURĘ z polskiego systemu emerytalnego.
Заявляю, що отримую / не отримую[1] ПЕНСІЮ з польської пенсійної системи.

otrzymuję[1] Отримую[1]	Nie otrzymuję[1] Не отримую[1]
Tak Так	Nie Ні

b) Oświadczam, że pracuję / nie pracuję
Заявляю, що працюю / не працюю

pracuję[1] працюю	Nie pracuję[1] не працюю
Tak Так	Nie Ні

c) Oświadczam, że posiadam / nie posiadam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pełnoletnich zstępnych, którzy podlegają obowiązkowi alimentacyjnemu (tj. dzieci, wnuki, prawnuki)
Заявляю, що маю / не маю[1] на території Республіки Польща повнолітніх нащадків (тобто дітей, онуків, правнуків), на яких покладено аліментний обов'язок.

Posiadam zstępnych[1] Маю нащадків[1]	Nie posiadam zstępnych Не маю нащадків[1]
Tak Так	Nie Ні

[1] zaznaczyć odpowiednie
[1] Позначте відповідний варіант

d) Wyrażam zgodę na weryfikację złożonego przeze mnie oświadczenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w celu potwierdzenia uprawnień do Obiektu Zbiorowego Zakwaterowania
Надаю згоду на перевірку поданої мною заяви в Закладі соціального страхування (ZUS) з метою підтвердження права на перебування в Центрі колективного розміщення

.....
Miejscowość, data
Місцевість, дата

.....
Czytelny podpis obywatela Ukrainy
Розбірливий підпис громадянина України

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Przetwarzamy Państwa dane osobowe wyłącznie w celu wykonania zadań Administratora, które wynikają z przepisów prawa oraz zadań realizowanych w interesie publicznym. Więcej informacji znajdą Państwo na stronie https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/Przetwarzanie-danych-osobowych, w zakładce „O urzędzie" – „Przetwarzanie Danych Osobowych".

Контролером персональних даних є Мазовецький воєвода. Ми обробляємо ваші персональні дані виключно з метою виконання обов'язків Контролера, що випливають із правових положень та завдань, що виконуються в суспільних інтересах. Більше інформації можна знайти за адресою https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/Przetwarzanie-danych-osobowych, у вкладці «про офіс» – «обробка персональних даних».