

ZESTAWIENIE z realizacji Programu "Opieka wytnieniowa" dla Jednostek Sa

Nazwa Gminy/Powiatu	Typ Gminy/Powiatu	Liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którym świadczone usługi opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego	Liczba dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, którym świadczone usługi opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego	OGÓLEM - LICZBA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, KTÓRYM ŚWIADCZONO USŁUGI OPIEKI WYTNINIOWEJ W FORMIE POBYTU DZIENNEGO (SUMA KOL. 3+4)	Liczba godzin usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych osobom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności	Liczba godzin usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych dzieciom z orzeczeniem o niepełnosprawności	OGÓLEM - LICZBA GODZIN USŁUG OPIEKI WYTNINIOWEJ ŚWIADCZONYCH W FORMIE POBYTU DZIENNEGO (SUMA KOL. 6+7)	Całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej	Całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych osobom z orzeczeniem o niepełnosprawności w ośrodku wsparcia	Całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych osobom niepełnosprawnym w domu pomocy społecznej świadczonego usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej	Całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych osobom niepełnosprawnym w domu pomocy społecznej świadczonego usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej	Całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych osobom niepełnosprawnym w domu pomocy społecznej, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,	Całkowity koszt usług opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych osobom z orzeczeniem o niepełnosprawności w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzymały pozytywną opinię gminy/powiatu	OGÓLEM - CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI WYTNINIOWEJ W FORMIE POBYTU DZIENNEGO (SUMA KOL. 9+10+11+12+13+14)	Kwota środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych przez Wojewodę na realizację Programu (SUMA KOL. 17+18)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Radlin	gmina miejska	18	2	20	2 242	400	2 642,0	129 509,60	-	-	-	-	0,00	129 509,60	135 201,00

Dodatkowe informacje dot. zrealizowanych usług opieki wytnieniowej			
Przedział wiekowy	Liczba osób z niepełnosprawnościami (w tym dzieci)	Liczba rodziców/opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami, którym przyznane zostały usługi opieki wytnieniowej w podziale na wiek rodziców/opiekunów UCZESTNICZY	Liczba opiekunów świadczących usługi opieki wytnieniowej w odniesieniu do wieku osoby z niepełnosprawnością
od 2 do 16 r.ż.	2	x	2
16-do poniżej 18	0	x	0
18-25	1	0	1
26-40	1	2	1
41-59	1	9	1
60-69	2	4	2
70-79	4	5	3
80 i więcej	9	0	9
SUMA	20	20	19

Dodatkowe informacje dotyczące poniesionych kosztów							
CAŁKOWITY KOSZT	Osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności			Dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności			
	łączna liczba osób	łączna liczba godzin	łączny koszt	łączna liczba osób	łączna liczba godzin	łączny koszt	
Miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej	129 509,60	18	2 242,00	110 611,30	2	400,00	18 898,30
Ośrodek wsparcia	-						
Dom pomocy społecznej świadczącego usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej	-						
Dom pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	-						
Inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzymały pozytywną opinię gminy/powiatu	-						
suma	18	2 242,00	x	2	400,00	x	

.....
Data, podpis i pieczęć osoby reprezentującej gminę/powiat

.....
Data, podpis i pieczęć osoby kontrasygnującej

Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby sporządzającej zestawienie:

Beata Sowa tel. 32 4407443

morządu Terytorialnego – edycja 2025 Pobyt dzienny

Kwota środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych na realizację usług opieki wytchnieniowej	Kwota środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych na koszty obsługi Programu	Łączna kwota środków Funduszu Solidarnościowego wykorzystana na realizację Programu (SUMA KOL. 20+21)	Łączna kwota środków Funduszu Solidarnościowego wykorzystana na realizację usług opieki wytchnieniowej	Łączna kwota środków Funduszu Solidarnościowego wykorzystana na koszty obsługi Programu	Łączna kwota zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego na realizację Programu (SUMA KOL. 23+24+25+26+27)	Kwota zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego na realizację Zadania - usług opieki wytchnieniowej	Kwota zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu przekazanych tytułem kosztów obsługi Programu	Kwota zwrotu odsetek bankowych od niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych na realizację Zadania oraz tytułem kosztów obsługi Programu	Kwota zwrotu odsetek bankowych od środków zgromadzonych na rachunku bankowym.	Kwota zwrotu odsetek bankowych od niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych po terminie	Wkład własny	Liczba godzin usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego, które wnioskodawca zlecił organizacji pozarządowej, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2024 r. poz. 1491), lub podmiotowi, o którym mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy	Odsetki jak dla zaległości podatkowych od zwrotów środków z Funduszu Solidarnościowego zwróconych po terminie
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
132 550,00	2 651,00	132 160,60	129 509,60	2 651,00	3 499,41	3 040,40	-	-	459,01	-	0,00	-	-

ZESTAWIENIE z realizacji Programu "Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Ter

Nazwa Gminy/Powiatu	Typ Gminy/Powiatu	Liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, którym świadczone usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego	Liczba dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, którym świadczone usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego	OGÓLEM - LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, KTÓRYM ŚWIADCZONO USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W FORMIE POBYTU CAŁODOBOWEGO (SUMA KOL. 3+4+5)	Liczba dni usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności	Liczba dni usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych dzieciom z orzeczeniem o niepełnosprawności	OGÓLEM - LICZBA DNI USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ ŚWIADCZONYCH W FORMIE POBYTU CAŁODOBOWEGO (SUMA KOL. 7+8+9)	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych w miejscach zamieszkania osoby z niepełnosprawnością	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w mieszkaniu treningowym lub wspomagany	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w ośrodku wsparcia	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w rodzinny w domu pomocy	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w formie pobytu całodobowego świadczonej w placówce zapewniającej krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w formie pomocy społecznej prowadzonej przez podmioty niepubliczne	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w formie pomocy społecznej prowadzonej przez podmioty niepubliczne	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w formie pomocy społecznej prowadzonej przez podmioty niepubliczne	Całkowity koszt usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego świadczonych osobom z niepełnosprawnością w formie pomocy społecznej prowadzonej przez podmioty niepubliczne	OGÓLEM - CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W FORMIE POBYTU CAŁODOBOWEGO (SUMA KOL. 9-17)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
															-		

Dodatkowe informacje dot. zrealizowanych usług opieki wytchnieniowej			
Przedział wiekowy	Liczba osób z niepełnosprawnościami (w tym dzieci)	Liczba rodziców/opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami, którym przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej w podziale na wiek rodziców/opiekunów UCZESTNIKÓW	Liczba opiekunów świadczących usługi opieki wytchnieniowej w odniesieniu do wieku osoby z niepełnosprawnością
od 2 do 16 r.ż.		x	
16-60 poniżej 18		x	
18-25			
26-40			
41-59			
60-69			
70-79			
80 i więcej			
SUMA	0	0	0

Miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością	Dodatkowe informacje dot. poniesionych kosztów								
	Osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności			Osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną			Dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności		
	łącznie liczba osób	łącznie liczba dni	łącznie koszt	łącznie liczba osób	łącznie liczba dni	łącznie koszt	łącznie liczba osób	łącznie liczba dni	łącznie koszt
Miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością	-								
Mieszkanie treningowe lub wspomagane	-								
Ośrodek wsparcia	-								
Rodzinny dom pomocy	-								
Dom pomocy społecznej świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu	-								
Dom pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty niepubliczne	-								
Placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004	-								
Inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności,	-								
suma	0	-	x	0	-	x	0	-	x

.....
Data, podpis i pieczęć osoby reprezentującej gminę/powiat

.....
Data, podpis i pieczęć osoby kontrasygnującej

Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby sporządzającej zestawienie:

Beata Sowa tel. 32 4407443

ytorialnego – edycja 2025 Pobyt całodobowy

Kwota środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych przez Wojewodę na realizację Programu (SUMA KOL. 20+21)	Kwota środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych na realizację usług opieki wycieczkowej	Kwota środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych na koszty obsługi Programu	Łączna kwota środków Funduszu Solidarnościowego wykorzystana na realizację Programu (SUMA KOL. 21+22)	Łączna kwota środków Funduszu Solidarnościowego wykorzystana na realizację usług opieki wycieczkowej	Łączna kwota środków Funduszu Solidarnościowego wykorzystana na koszty obsługi Programu	Łączna kwota zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego na realizację Programu (SUMA KOL. 26-30)	Kwota zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego na realizację Zadania usług opieki wycieczkowej	Kwota zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych tytułem kosztów obsługi Programu	Kwota zwrotu odsetek bankowych od niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych na realizację Zadania oraz tytułem kosztów obsługi Programu	Kwota zwrotu odsetek bankowych od środków zgromadzonych na rachunku bankowym.	Kwota zwrotu odsetek bankowych od niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych po terminie	Wkład własny	Liczba dób usług opieki wycieczkowej w formie pobytu całodobowego, które wnioskodawca zlecił organizacji pozarządowej, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2024 r. poz. 1491), lub podmiotowi, o którym mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy	Odsetki jak dla zaległości od zwróconych środków z Funduszu Solidarnościowego zwróconych po terminie
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33