Załącznik nr 2 do Regulaminu wyboru projektów



**Wymagania dotyczące wsparcia**

**Działanie FELD.07.09 Usługi społeczne**

Wersja 01

**Spis treści**

[Wstęp 3](#_Toc157081465)

[Typ projektu 3](#_Toc157081466)

[Typ projektu: „Rozwój usług społecznych” 5](#_Toc157081467)

[Informacje ogólne 5](#_Toc157081468)

[Zasady ogólne - usługi asystenckie i opiekuńcze 6](#_Toc157081469)

[Usługi asystenckie 7](#_Toc157081470)

[Usługi opiekuńcze 8](#_Toc157081471)

[Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania 8](#_Toc157081472)

[Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania 9](#_Toc157081473)

[Sąsiedzkie usługi opiekuńcze 11](#_Toc157081474)

[Dzienne formy usług opiekuńczych 11](#_Toc157081475)

[Dzienny dom pomocy 11](#_Toc157081476)

[**Kluby dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym klub seniora** 12](#_Toc157081477)

[**Środowiskowe domy samopomocy/kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi** 13](#_Toc157081478)

[Mieszkania wspomagane lub treningowe 13](#_Toc157081479)

[Działania wspierające osoby przebywające w całodobowych instytucjach opieki 14](#_Toc157081480)

[Typ projektu: „Rozwój zdeinstytucjonalizowanych usług zdrowotnych” 15](#_Toc157081481)

[**Informacje ogólne** 15](#_Toc157081482)

[**Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania.** 16](#_Toc157081483)

[**Usługi w ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej świadczone w miejscu zamieszkania.** 16](#_Toc157081484)

[**Usługi w ramach opieki geriatrycznej świadczone w miejscu zamieszkania.** 17](#_Toc157081485)

[Wsparcie towarzyszące w usługach społecznych i usługach zdrowotnych 20](#_Toc157081486)

[Wsparcie towarzyszące 20](#_Toc157081487)

[Działania wspierające opiekunów faktycznych i najbliższego otoczenia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 21](#_Toc157081488)

[Usługi w postaci krótkookresowego całodobowego i krótkookresowego dziennego pobytu – opieka wytchnieniowa 21](#_Toc157081489)

[Typ projektu: „Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz zapewnienie dostępu do superwizji” 23](#_Toc157081490)

[Wskaźniki 23](#_Toc157081491)

[**Wskaźniki produktu:** 23](#_Toc157081492)

[**Wskaźniki rezultatu:** 29](#_Toc157081493)

[**Inne wspólne wskaźniki produktu** **dla EFS+:** 33](#_Toc157081494)

Wstęp

Dokument reguluje kwestie związane z realizacją w województwie łódzkim projektów w ramach Działania FELD.07.09 Usługi społeczne i zdrowotne, określone w Szczegółowym Opisie Priorytetów programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

WUP w Łodzi zastrzega sobie prawo wprowadzania zmian w niniejszych *Wymaganiach* w przypadku wprowadzenia zmian w przepisach prawa lub dokumentach programowych. Informacje o wprowadzonych zmianach publikowane będą na stronie internetowej WUP w Łodzi: [funduszeUE.lodzkie.pl](http://www.funduszeUE.wup.lodz.pl) oraz [funduszeUE.wup.lodz.pl](http://www.funduszeUE.wup.lodz.pl).

## Typ projektu

1. Typy projektu przewidziane do realizacji w ramach naboru to:

rozwój usług społecznych,

rozwój zdeinstytucjonalizowanych usług zdrowotnych,

podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz zapewnienie dostępu do superwizji.

1. Typ projektu „podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz zapewnienie dostępu do superwizji” może być realizowany pod warunkiem świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych w ramach projektu.
2. Wsparcie musi być realizowane w oparciu m.in. o:
3. Program Regionalny Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027,
4. Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027,
5. Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Łódzkiego na lata 2023-2025,
6. **Wojewódzki plan transformacji dla województwa łódzkiego;**
7. Strategię Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.),
8. Ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
9. Ustawę z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej,
10. Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
11. Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027 (aktualne na dzień ogłoszenia naboru),
12. Wytyczne dotyczące kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027.
13. W ramach projektu można świadczyć wyłącznie usługi w społeczności lokalnej. Nie są tworzone miejsca opieki w formach instytucjonalnych oraz nie są utrzymywane dotychczas istniejące miejsca w podmiotach instytucjonalnych.
14. Usługi informacyjne i doradcze (w formie poradnictwa), usługi dowożenia posiłków, transport indywidualny typu door - to – door, teleopieka i systemy przywoławcze, wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego, itp. stanowią wsparcie towarzyszące w ramach projektu.
15. **Z uwagi na brak zapisów w Regionalnym Planie Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Łódzkiego na lata 2023-2025 odnoszących się do działań „otwierania się” instytucji całodobowych na świadczenie usług w społeczności lokalnej, wsparcie w postaci usług społecznych w projekcie nie może być realizowane przez placówki świadczące opiekę instytucjonalną.**
16. Zachowanie trwałości projektu obowiązuje w odniesieniu do wydatków ponoszonych jako cross-financing. W tym przypadku trwałość projektu musi być zachowana przez okres 5 lat od daty płatności końcowej na rzecz beneficjenta.
17. Beneficjent zobowiązany jest do współpracy i wymiany informacji w zakresie wsparcia udzielanego uczestnikom lub potencjalnym uczestnikom z podmiotami realizującymi projekty w obszarze włączenia społecznego, w szczególności z podmiotami realizującymi projekty na danym obszarze w Działaniu FELD.07.05 w ramach FEŁ2027.
18. Za wsparcie świadczone w ramach usług społecznych i zdrowotnych można pobierać opłaty od uczestników projektu. Wyjątek stanowią dzienne usługi świadczone na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, gdzie oferowane wsparcie jest bezpłatne.
19. Opłaty powinny być symboliczne i nie mogą stanowić więcej niż 10% kosztów świadczenia usług.
20. Opłaty za świadczenie usług stanowią obligatoryjnie wkład własny w projekcie i pomniejszają kwotę dofinansowania.

Typ projektu: „Rozwój usług społecznych”

## Informacje ogólne

1. Do usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej należą w szczególności:
2. usługi opiekuńcze tj. m.in. usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, dzienne formy usług opiekuńczych (kluby, środowiskowe domy pomocy, dzienne domy pomocy, dzienne domy pobytu); usługi krótkookresowego całodobowego i krótkookresowego dziennego pobytu.
3. usługi asystenckie z wyłączeniem asystentury rodzinnej.
4. usługi w rodzinnym domu pomocy, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
5. usługi w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (zarówno w formie pobytu dziennego jak i całodobowego), o ile liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach nie jest większa niż 8.
6. usługi w postaci mieszkań treningowych lub wspomaganych.
7. deinstytucjonalizacja placówek całodobowych o charakterze długoterminowym.
8. usługi w gospodarstwach opiekuńczych w formie pobytu dziennego lub całodobowego, o ile liczba miejsc pobytu całodobowego w tych gospodarstwach nie jest większa niż 8.
9. działania wspierające osoby przebywające w całodobowych instytucjach opieki prowadzące do usamodzielnienia się.
10. W przypadku świadczenia usług w placówce zapewniającej całodobową opiekę (np. rodzinny dom pomocy społecznej, opieka wytchnieniowa), nie może być ona zlokalizowana na nieruchomości, na której znajduje się inna placówka świadcząca opiekę instytucjonalną.
11. Planowane w projekcie wsparcie musi być dostosowane do indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji odbiorców usług. W ramach projektu musi zostać stworzona indywidualna ścieżka wsparcia dla każdego uczestnika projektu.

## Zasady ogólne - usługi asystenckie i opiekuńcze

1. Wsparcie dla usług opiekuńczych lub asystenckich prowadzi każdorazowo do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz liczby osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej przez danego beneficjenta w stosunku do danych z roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie projektu. Obowiązek zwiększania liczby miejsc świadczenia usług oraz liczby osób objętych tymi usługami nie dotyczy wsparcia dla usług opiekuńczych świadczonych przez opiekunów faktycznych. Obowiązek zwiększania liczby osób objętych usługami nie oznacza zakazu jednoczesnego wsparcia osób dotychczas obejmowanych usługami przez beneficjenta.
2. Zwiększanie liczby miejsc świadczenia usług opiekuńczych świadczonych niestacjonarnie w miejscu zamieszkania odbywa się poprzez zwiększanie liczby opiekunów świadczących usługi.
3. Zwiększanie liczby miejsc świadczenia usług opiekuńczych w formach stacjonarnych odbywa się poprzez tworzenie miejsc:
4. stałego lub krótkookresowego pobytu dziennego;
5. stałego lub krótkookresowego pobytu całodobowego w placówkach, w których są realizowane usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej.
6. Wsparcie w ramach projektu nie spowoduje:
7. zmniejszenia dotychczasowego finansowania usług asystenckich lub opiekuńczych przez beneficjenta / partnera oraz
8. zastąpienia środkami projektu dotychczasowego finansowania usług ze środków innych niż europejskie.
   1. Usługi asystenckie

Usługa asystencka obejmuje wspieranie osób, w tym w szczególności osób z niepełnosprawnościami, w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego, edukacyjnego. W zależności od potrzeb danej osoby, usługa asystencka może obejmować również opiekę higieniczną oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych.

Usługa asystencka jest świadczona przez:

a) asystenta osoby niepełnosprawnej (AON) – warunkiem zatrudnienia asystenta osoby niepełnosprawnej jest ukończone kształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach;

b) asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (AOON) – warunkiem zatrudnienia kandydata jako asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jest uzyskanie pozytywnej opinii psychologa na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych. Po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa, asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej mogą zostać kandydaci:

* posiadający doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego lub
* bez adekwatnego doświadczenia, którzy odbyli minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie. Szkolenie składa się z minimum 20 godzin części teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40 godzin części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat. Szkolenia, mogą zostać sfinansowane z projektu.

Usługi opiekuńcze

1. Usługi opiekuńcze to usługi obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, zapewnienie kontaktów z otoczeniem, świadczone w formie:
2. usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania;
3. specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
4. sąsiedzkich usług opiekuńczych;
5. dziennych form usług opiekuńczych.
   1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Zakres usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania obejmuje w szczególności:

a) pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych;

b) opiekę higieniczną;

c) pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej;

d) zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Organizacja świadczenia usług opiekuńczych uwzględnia podmiotowość odbiorców usług, w tym respektowanie prawa do poszanowania i ochrony godności, intymności, w szczególności w przypadku czynności o charakterze opieki higienicznej i pielęgnacji oraz poczucia bezpieczeństwa i ochrony dóbr osobistych.

Podmiot realizujący usługi opiekuńcze jest zobowiązany do zapewnienia dostępności do nieprzerwanego i właściwego pod względem jakości procesu świadczenia usług przez 7 dni w tygodniu, poprzez właściwe ustalenie z osobami świadczącymi usługi opiekuńcze godzin oraz zleconego wymiaru i zakresu usług.

Usługa opiekuńcza jest świadczona przez osobę, która posiada:

a) kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej lub

b) doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.

* + - 1. Szkolenia, o których mowa w pkt 4 ppkt b) mogą zostać sfinansowane z projektu.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania obejmują usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i wykonywane są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Specjalistyczna usługa opiekuńcza składa się z usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania oraz wsparcia specjalistycznego.

Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania obejmuje obok usług opiekuńczych m.in:

pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

* + - pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych;
    - uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych;
    - pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece;
    - pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania;
    - w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny;
    - pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia;
    - pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

b) rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

* + - zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii;
    - współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

Wymagania te nie dotyczą specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, określonych w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

**Specjalistyczna usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania jest świadczona przez osobę, która posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty**.

Osoby świadczące usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż pracy w jednej z następujących jednostek:

1. szpitalu psychiatrycznym,
2. jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
3. placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym,
4. ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym,
5. zakładzie rehabilitacji.

W uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone przez osoby, które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe, posiadają co najmniej roczny staż w pracy w jednostkach wymienionych w pkt 4 i mają zapewnioną możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi posiadającymi wymagane kwalifikacje.

Sąsiedzkie usługi opiekuńcze

Sąsiedzkie usługi opiekuńcze realizowane są zgodnie z zasadami określonymi w art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Dzienne formy usług opiekuńczych

Usługi opiekuńcze w formie stacjonarnej opieki dziennej realizowane są m.in. przez dzienne domy pomocy, kluby dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym kluby seniora, środowiskowe domy samopomocy (kluby samopomocy) dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Dzienny dom pomocy

1. Dzienny dom pomocy jest ośrodkiem wsparcia przeznaczonym dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zapewniającym całodzienne usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz aktywizację w sferze fizycznej, intelektualnej oraz społecznej.
2. Organizacja dziennego domu pomocy oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa uczestników zajęć oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.
3. Dzienny dom pomocy funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania dziennego domu pomocy może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb.
4. Usługa opiekuńcza w dziennym domu pomocy jest świadczona przez osobę, która posiada:
5. kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, pielęgniarka, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej lub
6. doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.
7. Szkolenia, o których mowa w pkt 4 ppkt b) mogą zostać sfinansowane z projektu.

# **Kluby dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym klub seniora**

1. Klub to miejsce spotkań osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Przeciwdziała osamotnieniu i marginalizacji seniorów.
2. **Kluby seniora przeznaczone są dla osób w wieku 60+ potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.**
3. Organizacja klubu oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa uczestników zajęć oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.
4. Klub funkcjonuje przez cały rok, przynajmniej we wszystkie dni robocze, co najmniej 4 godziny dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin.
5. W klubie możliwe jest prowadzenie zajęć mających na celu:
6. zagospodarowanie czasu wolnego (m.in. rozwijanie umiejętności i indywidualnych zainteresowań);
7. zwiększenie aktywności i uczestnictwa osób w życiu społecznym;
8. działalność prozdrowotną (m.in. edukacja zdrowotna, spotkania edukacyjo-informacyjne z lekarzami), kulturalną (wyjścia do kina, czy teatru) i edukacyjną (m.in. nauka obsługi komputera, korzystania z Internetu);
9. prowadzenie zajęć z zakresu kultury fizycznej poprzez organizację zajęć sportowych;
10. tworzenie grup samopomocowych, których członkowie będą wzajemnie się wspierać w trudnościach życia codziennego;
11. poradnictwo prawne realizowane poprzez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach;
12. poradnictwo i terapia psychologiczna;
13. poradnictwo rodzinne.

# **Środowiskowe domy samopomocy/kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

1. Wsparcie w środowiskowych domach pomocy i klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi musi być realizowane zgodnie z art. 51a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
2. W przypadku środowiskowych domów samopomocy stosowane są zasady i standardy określone w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy.
3. Liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach nie może być większa niż 8.
4. Uzgodnienia z wojewodą wymaga:
5. powstanie nowego ŚDS / klubu samopomocy lub
6. zwiększenie liczby miejsc w już istniejącym podmiocie.
   1. Mieszkania wspomagane lub treningowe
7. Mieszkania są formą pomocy przygotowującą przy wsparciu specjalistów, osoby w nich przebywające do prowadzenia niezależnego życia lub wspierające te osoby w codziennym funkcjonowaniu.
8. Wsparcie dla mieszkań treningowych lub mieszkań wspomaganych polega na tworzeniu miejsc w nowo tworzonych lub istniejących mieszkaniach.
9. Wsparcie usług w ramach istniejących **mieszkań wspomaganych i treningowych** jest możliwe wyłącznie pod warunkiem zwiększenia liczby miejsc w danym mieszkaniu, bez pogorszenia jakości świadczonych usług i z poszanowaniem prawa do decydowania osoby korzystającej z mieszkania co do warunków zamieszkania i korzystania z usług.
10. W ramach projektu nie może nastąpić:
11. zmniejszenie dotychczasowego finansowania usług w formie mieszkań treningowych, wspomaganych przez beneficjenta/partnera oraz
12. zastąpienia środkami projektu dotychczasowego finansowania usług ze środków innych niż europejskie
13. Liczba miejsc w mieszkaniu treningowym bądź wspomaganym nie może być większa niż 3, chyba że większa liczba miejsc wynika z faktu bycia rodziną w rozumieniu ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Pokoje w mieszkaniu powinny być 1-osobowe.
14. Mieszkania nie mogą być zlokalizowane na nieruchomości, na której znajduje się placówka opieki instytucjonalnej.
15. W przypadku nieruchomości, w której znajduje się do 8 lokali włącznie, mieszkania mogą stanowić 50% lokali. W nieruchomości o większej liczbie lokali, maksymalna liczba takich mieszkań wynosi 4 i 25% nadwyżki liczby lokali powyżej 4. W przypadku mieszkań, w których przebywa jedna osoba, mieszkania te mogą stanowić 100% lokali w przypadku nieruchomości, w której znajduje się do 8 lokali włącznie, a w przypadku większych nieruchomości ― odpowiednio 25% nadwyżki liczby lokali powyżej 8.
16. Wsparcie w formie mieszkania treningowego lub wspomaganego musi być realizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 października 2023 r. w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych.
17. Wsparcie realizowane w formie mieszkań wymaga zgłoszenia do rejestru prowadzonego przez wojewodę.

Działania wspierające osoby przebywające w całodobowych instytucjach opieki

1. Zaplanowane działania dla osób przebywających w całodobowych placówkach opieki nie mogą wzmacniać potencjału instytucjonalnego tych placówek. Wsparcie musi być realizowane poza placówką instytucjonalną. Realizatorem wsparcia nie może być placówka instytucjonalna.
2. Zaplanowane działania dla osób przebywających w całodobowych placówkach opieki muszą umożliwiać przejście tych osób do opieki realizowanej w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej[[1]](#footnote-1).
3. W ramach działań wspierających osoby w całodobowych instytucjach można zaplanować np.:
4. poradnictwo specjalistyczne,
5. treningi kompetencji i umiejętności społecznych,
6. grupy wsparcia,
7. usługi asystenckie,
8. praca socjalna,
9. terapia psychologiczna lub psychospołeczna,
10. mieszkania wspomagane i treningowe,
11. inne zdeinstytucjonalizowane usługi wynikające z diagnozy potrzeb.

Typ projektu: „Rozwój zdeinstytucjonalizowanych usług zdrowotnych”

**Informacje ogólne**

1. Do usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej należą w szczególności:
2. Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania.
3. Usługi w ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej świadczone w miejscu zamieszkania.
4. Usługi w ramach opieki geriatrycznej świadczone w miejscu zamieszkania.
5. Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane są wyłącznie **przez podmioty wykonujące działalność leczniczą** uprawnione do tego na mocy przepisów prawa obowiązującego.
6. Wsparcie musi być dostosowane do indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji odbiorców usług co oznacza opracowanie indywidualnego planu opieki.
7. W ramach usług zdrowotnych nie ma możliwości świadczenia środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych oraz finansowania tworzenia i funkcjonowania dziennych domów opieki medycznej (DDOM).
8. W przypadku realizacji usług zdrowotnych projekt musi zakładać wsparcie dla opiekunów nieformalnych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

**Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania.**

1. Wymagane jest aby usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania były realizowane w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w szczególności zaś z warunkami realizacji określonymi w Załączniku 4 do ww. Rozporządzenia.
2. Zgodnie z ww. Rozporządzeniem do usług w ramach opieki długoterminowej w pierwszej kolejności mają zostać zakwalifikowane osoby, które w ocenie opartej na skali Barthel otrzymały 40 punktów lub mniej. Dopuszcza się możliwość świadczenia opieki długoterminowej osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które w ocenie opartej na skali Barthel otrzymały 60 punktów lub mniej.

**Usługi w ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej świadczone w miejscu zamieszkania.**

Wymagane jest aby podstawowe usługi w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej były realizowane w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności zaś z warunkami realizacji określonymi w Załączniku 2 do ww. Rozporządzenia.

**Usługi w ramach opieki geriatrycznej świadczone w miejscu zamieszkania.**

1. Usługa świadczona do osób powyżej 75 r. ż, które w skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13)[[2]](#footnote-2) osiągają przynajmniej 3 punkty. Dopuszcza się możliwość świadczenia opieki geriatrycznej osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które w ocenie w Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) otrzymały przynajmniej 5 punktów.
2. Świadczenia zdrowotne z zakresu geriatrii obejmują co najmniej:
3. zapobieganie schorzeniom i niepełnosprawności u osób starszych;
4. rozpoznawanie i leczenie chorób występujących u pacjentów geriatrycznych, którzy wymagają całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz postępowania fizjoterapeutycznego jako nieodłącznych elementów procesu leczniczego;
5. edukację pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów;
6. wsparcie psychologiczne.
7. Zespół geriatryczny to współpraca pomiędzy lekarzem posiadającym specjalizację z geriatrii, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa, koordynator opieki geriatrycznej. W pracach zespołu geriatrycznego mogą uczestniczyć inne osoby posiadające wykształcenie kierunkowe mające zastosowanie w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, kapelan)
8. W interesie osoby starszej zespół geriatryczny współpracuje z nią samą i jej opiekunami prawnymi lub faktycznymi, specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami, instytucjami pomocy społecznej, a także wolontariuszami oraz lokalnymi władzami samorządowymi.
9. Domowa opieka geriatryczna realizuje standard postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej w formie konsultacyjnych wizyt domowych pacjentom geriatrycznym niemającym wskazań do hospitalizacji, a wymagającym zorganizowania i otrzymywania świadczeń geriatrycznych w miejscu zamieszkania lub pobytu z powodu niezdolności do korzystania z opieki ambulatoryjnej.
10. Celem geriatrycznego zespołu opieki domowej jest:
11. diagnozowanie i leczenie schorzeń geriatrycznych w domu lub miejscu pobytu pacjenta geriatrycznego w przypadku, gdy takie działania ze względu na swoją złożoność nie mogą być świadczone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
12. pomoc w zachowaniu korzystnego dla zdrowia trybu życia poprzez wczesne wykrywanie problemów geriatrycznych u pacjentów geriatrycznych pozostających w domu;
13. kontrola sposobu realizacji zaleceń poszpitalnych u osób pozbawionych wsparcia opiekuna
14. zapobieganie pogłębianiu się niesprawności poprzez wdrożenie działań usprawniających (fizjoterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia); edukacja pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów w zakresie ograniczeń związanych z istniejącą chorobą
15. analiza sytuacji mieszkaniowej pod kątem potencjalnych zagrożeń zdrowotnych i środowiskowo-socjalnych dla pacjenta geriatrycznego oraz poradnictwo w zakresie adaptacji pomieszczeń.
16. Geriatryczny zespół opieki domowej uzupełnia i poszerza zakres działania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o aspekty oceny i terapii geriatrycznej.
17. Podstawową zasadą udzielania geriatrycznych wizyt domowych jest współpraca z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową i innymi podmiotami opieki środowiskowej oraz pomocy społecznej, które gwarantują ciągłość i jakość opieki nad pacjentami geriatrycznymi w okresie między specjalistycznymi konsultacjami geriatrycznymi.
18. Zakres i kolejność proponowanych procedur geriatrycznych wynika z całościowej oceny geriatrycznej, priorytetów zgłaszanych przez pacjenta geriatrycznego, jego rodzinę lub opiekunów, oraz z aktualnych zasobów systemu opieki zdrowotnej i społecznej.
19. Domowe wizyty geriatryczne udzielane są w trybie planowym, z wyjątkiem uzasadnionych przypadków. Częstotliwość geriatrycznych wizyt domowych powinna zależeć od indywidualnego stanu zdrowia pacjenta
20. Kwalifikacje zespołu geriatrycznego:
21. lekarz specjalizacji w dziedzinie geriatrii;
22. pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej;
23. fizjoterapeuta, który:

* ma tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,
* rozpoczął po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskał tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku
* rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku
* rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskał tytuł magistra oraz ukończył specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej
* rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył w ramach studiów dwuletnie studia specjalizacyjne z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej
* rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji
* ukończył szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskał tytuł zawodowy technik fizjoterapii

1. psycholog,
2. koordynator opieki geriatrycznej - osoba, która posiada wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub ukończyła studia podyplomowe z zakresu: gerontologii, geriatrii, opieki nad osobami starszymi lub opieki geriatrycznej.

Wsparcie towarzyszące w usługach społecznych i usługach zdrowotnych

Wsparcie towarzyszące

1. Wsparcie towarzyszące realizowane jest jako element kompleksowych projektów.
2. Do wsparcia towarzyszącego zalicza się:
3. usługi informacyjne i doradcze (w formie poradnictwa),
4. usługi dowożenia posiłków,
5. transport indywidualny typu door - to – door,
6. teleopieka i systemy przywoławcze,
7. wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego,
8. działania wspierające opiekunów faktycznych w tym opieka wytchnieniowa w formie krótkookresowego całodobowego lub dziennego pobytu.
9. inne zdeinstytucjonalizowane usługi.
10. Przyznanie wsparcia towarzyszącego uczestnikowi projektu powinno wynikać z jego indywidualnych potrzeb.
11. Realizacja wsparcia towarzyszącego powinna co do zasady polegać na zakupie usługi, za wyjątkiem wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego.
    1. Działania wspierające opiekunów faktycznych i najbliższego otoczenia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
12. Działania wspierające opiekunów faktycznych oraz najbliższego otoczenia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w opiece nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w szczególności:
13. edukacja, szkolenia, zajęcia praktyczne, wymiana doświadczeń (grupy samopomocowe) mające na celu zwiększenie umiejętności w zakresie opieki;
14. poradnictwo specjalistyczne w tym psychologiczne oraz pomoc w uzyskaniu informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, z których korzystanie jest niezbędne dla sprawowania wysokiej jakości opieki i odciążenia opiekunów faktycznych.
15. zapewnienie opieki wytchnieniowej opisanej w niniejszym dokumencie w części usługi w postaci krótkookresowego całodobowego i krótkookresowego dziennego pobytu – opieka wytchnieniowa.
16. Wsparcie, o którym mowa w ppkt a i b może mieć charakter indywidualny, jak i grupowy.

### Usługi w postaci krótkookresowego całodobowego i krótkookresowego dziennego pobytu – opieka wytchnieniowa

1. Celem usług w postaci krótkookresowego całodobowego i krótkookresowego dziennego pobytu jest zapewnienie opieki dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w zastępstwie za opiekunów faktycznych w ramach opieki wytchnieniowej.
2. Zakres usług wsparcia krótkookresowego jest uzależniony od sytuacji osoby wymagającej wsparcia oraz jej indywidualnych potrzeb.
3. Usługa może być realizowana:
4. w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez świadczenie usług opiekuńczych,
5. poza miejscem zamieszkania tj. w miejscach krótkookresowego dziennego pobytu lub miejscach krótkookresowego całodobowego pobytu.
6. Miejsca krótkookresowego dziennego pobytu lub miejsca krótkookresowego całodobowego pobytu nie mogą być zlokalizowane na nieruchomości, na której znajduje się placówka opieki instytucjonalnej. Opieka wytchnieniowa nie może być świadczona w domu pomocy społecznej (DPS).
7. Usługi krótkookresowego całodobowego pobytu (opieka wytchnieniowa całodobowa) może być realizowana w placówkach, w których liczba miejsc całodobowego pobytu nie jest większa niż 8.
8. Miejsca świadczenia usług krótkookresowego dziennego pobytu muszą spełniać standardy dotyczące dziennych domów pomocy.
9. Miejsca świadczenia usług krótkookresowego całodobowego pobytu muszą spełniać standardy określone w Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej.
10. Usługi krótkookresowego całodobowego pobytu mogą być przyznane na czas określony nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia pobytu w szczególnie uzasadnionych przypadkach, o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym
11. Usługi krótkookresowego dziennego pobytu mogą być przyznane w wymiarze nie mniejszym niż 4 godziny dziennie i nie większym niż 12 godzin dziennie, nie większym niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia wsparcia w szczególnie uzasadnionych przypadkach, o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym.
12. Osoba może korzystać z usług wsparcia krótkoterminowego w danym roku kalendarzowym zarówno w formie pobytu całodobowego, jak i w formie dziennej, jednak łącznie dla obydwu form nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym.

Typ projektu: „Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz zapewnienie dostępu do superwizji”

1. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz zapewnienie dostępu do superwizji realizowane jest jako element kompleksowych projektów.
2. Typ projektu adresowany jest do personelu projektu (tj. osób zatrudnionych na umowy o pracę lub otrzymujących dodatki do wynagrodzeń oraz wolontariuszy) bezpośrednio zaangażowanych w realizację zadań merytorycznych związanych z usługami społecznymi w projekcie.
3. Pracowników i wolontariuszy bezpośrednio realizujących wsparcie na rzecz uczestników projektu można objąć następującym wsparciem:
4. usługi superwizji,
5. szkolenia,
6. warsztaty,
7. seminaria,
8. studia podyplomowe,
9. wizyty studyjne.
10. Wskaźniki

We wniosku o dofinansowanie należy ująć oraz w trakcie realizacji projektu monitorować wszystkie niżej wymienione wskaźniki:

# **Wskaźniki produktu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wskaźnika i jednostka miary** | **Definicja,**  **termin pomiaru,**  **przykładowe źródła pomiaru wskaźnika** |
| 1. | Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje osoby, które rozpoczęły udział w projektach przewidujących wsparcie w postaci usług społecznych lub zdrowotnych jako odbiorcy tych usług.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  Za rozpoczęcie udziału w projekcie co do zasady uznaje się przystąpienie do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty potwierdzające skorzystanie z usługi np. umowa z uczestnikiem projektu, lista obecności potwierdzająca skorzystanie z usługi, |
| 2. | Liczba osób objętych usługami świadczonymi w mieszkaniach  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik określa liczbę osób, które zostały objęte usługami w ramach mieszkań treningowych lub wspomaganych.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie skorzystania z usługi w ramach mieszkania treningowego lub wspomaganego.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty potwierdzające bycie osobą uprawnioną do skorzystania z mieszkania, np. orzeczenie o niepełnosprawności, zaświadczenie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, itp. * dokumentacja opiekuna mieszkania, karta wizyty, lista obecności, umowa cywilnoprawna, kontrakt socjalny itp. |
| 3 | Liczba opiekunów faktycznych/nieformalnych objętych wsparciem w programie  (osoba) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje osoby, które otrzymały wsparcie w sprawowaniu opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.  Daną osobę należy uwzględnić w wartości wskaźnika jednokrotnie niezależnie od liczby i rodzaju form wsparcia, które ta osoba uzyskała w ramach projektu.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  Za rozpoczęcie udziału w projekcie co do zasady uznaje się przystąpienie do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty potwierdzające bycie osobą opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu np. wywiad środowiskowy, oświadczenie, * dokumenty potwierdzające skorzystanie ze wsparcia, np. umowa z uczestnikiem projektu, lista obecności potwierdzająca skorzystanie z usługi. |
| 4. | Liczba objętych wsparciem podmiotów administracji publicznej lub służb publicznych na szczeblu krajowym, regionalnym lub lokalnym  (podmioty) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje podmioty administracji publicznej lub służb publicznych, dla których można wyróżnić wydatki w projekcie (nie dotyczy pomocy technicznej).  Za służby publiczne uznaje się publiczne lub prywatne podmioty, które świadczą usługi publiczne (w przypadku usług publicznych zlecanych przez państwo podmiotom prywatnym lub świadczonych w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego).  Przez administrację publiczną rozumie się: administrację wykonawczą i prawodawczą na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym; administrację i nadzór nad sprawami podatkowymi (obsługa podatków; pobór cła / podatku od towarów i dochodzenie w sprawie naruszenia prawa podatkowego; służba celna); administrację zajmującą się wdrażaniem budżetu i zarządzaniem środkami budżetu państwa i długiem publicznym (pobieranie i otrzymywanie pieniędzy oraz kontrola ich wydatkowania); administrację zajmującą się sprawami obywatelskimi, polityką w zakresie badań i rozwoju oraz powiązanymi funduszami; administrację i realizację ogólnego planowania gospodarczego i społecznego oraz usług statystycznych na różnych szczeblach rządzenia.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty potwierdzające status podmiotu, * umowa, faktura,   lista obecności potwierdzająca skorzystanie z wsparcia. |
| 5 | Liczba objętych wsparciem mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw (w tym spółdzielni i przedsiębiorstw społecznych)  (przedsiębiorstwa) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa objęte wsparciem w projekcie.  Za przedsiębiorstwo uważa się podmiot prowadzący działalność gospodarczą bez względu na jego formę prawną, w tym spółdzielnie i przedsiębiorstwa społeczne.  Na kategorię mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (MMŚP) składają się przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników, których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.  W kategorii mikroprzedsiębiorstwa należy uwzględnić również osoby prowadzące działalność na własny rachunek.  Tylko MMŚP, które korzystają bezpośrednio ze wsparcia powinny być uwzględniane do wskaźnika, tj. w przypadku, kiedy wsparcie jest kierowane do konkretnego przedsiębiorstwa. Jeżeli na przykład pracownik z MMŚP z własnej inicjatywy uczestniczy w szkoleniu, nie należy tego uwzględniać we wskaźniku dotyczącym MMŚP, ponieważ jest to tylko wsparcie pośrednie dla przedsiębiorstwa. MMŚP będące jedynie beneficjentami projektu także nie są odnotowywane w tym wskaźniku.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty potwierdzające status przedsiębiorstwa, * umowa, faktura,   lista obecności potwierdzająca skorzystanie z wsparcia. |
| 6 | Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami  (sztuki) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik odnosi się do liczby obiektów w ramach realizowanego projektu, które zaopatrzono w specjalne podjazdy, windy, urządzenia głośnomówiące, bądź inne udogodnienia (tj. usunięcie barier w dostępie, w szczególności barier architektonicznych) ułatwiające dostęp do tych obiektów i poruszanie się po nich osobom z niepełnosprawnościami, w szczególności ruchowymi czy sensorycznymi.  Jako obiekty należy rozumieć konstrukcje połączone z gruntem w sposób trwały, wykonane z materiałów budowlanych i elementów składowych, będące wynikiem prac budowlanych (wg. def. PKOB).  Należy podać liczbę obiektów, a nie sprzętów, urządzeń itp., w które obiekty zaopatrzono. Jeśli instytucja, zakład itp. składa się z kilku obiektów, należy zliczyć wszystkie, które dostosowano do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozliczenia wydatku związanego z wyposażeniem obiektów w rozwiązania służące osobom z niepełnosprawnościami w ramach danego projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * faktura potwierdzające poniesienie wydatków, * umowa z wykonawcą,   protokół odbioru. |
| 7 | Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami  (sztuki) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Racjonalne usprawnienie oznacza konieczne i odpowiednie zmiany oraz dostosowania, nie nakładające nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, rozpatrywane osobno dla każdego konkretnego przypadku, w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami możliwości korzystania z wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami.  Przykłady racjonalnych usprawnień: tłumacz języka migowego, transport niskopodłogowy, dostosowanie infrastruktury (nie tylko budynku, ale też dostosowanie infrastruktury komputerowej np. programy powiększające, mówiące, drukarki materiałów w alfabecie Braille'a), osoby asystujące, odpowiednie dostosowanie wyżywienia.  **Na poziomie projektu wskaźnik może przyjmować maksymalną wartość 1** - co oznacza jeden projekt, w którym sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami. Liczba sfinansowanych racjonalnych usprawnień, w ramach projektu, nie ma znaczenia dla wartości wykazywanej we wskaźniku.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozliczenia wydatku związanego z racjonalnymi usprawnieniami w ramach danego projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA  faktury potwierdzające poniesienie wydatków związanych z racjonalnymi usprawnieniami. |

# **Wskaźniki rezultatu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wskaźnika i jednostka miary** | **Definicja,**  **termin pomiaru,**  **przykładowe źródła pomiaru wskaźnika** |
| 1. | Liczba osób, które opuściły opiekę instytucjonalną dzięki wsparciu w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje osoby dorosłe, które dzięki udziałowi w projekcie opuściły instytucje całodobowej opieki i korzystają z usług świadczonych w społeczności lokalnej.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  Wskaźnik mierzony w ciągu 4 tygodni od zakończenia projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * zaświadczenie o niekorzystaniu z opieki instytucjonalnej, wywiad środowiskowy; * dokumenty potwierdzające skorzystanie z usługi społecznej, umowy ze specjalistami, umowy z asystentami, itp. |
| 2. | Liczba osób, świadczących usługi w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje osoby, które świadczą lub są gotowe do świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych w społeczności lokalnej po zakończeniu projektu, dzięki wsparciu EFS+.  Wskaźnik obejmuje osoby, które świadczą usługi niestacjonarnie (tj. nie w ramach placówek/ ośrodków/ mieszkań wspomaganych itp.), w tym m.in. osoby świadczące usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, osoby świadczące usługi asystenckie,  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  Wskaźnik mierzony w ciągu 4 tygodni od zakończenia projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * umowy z osobami świadczącymi usługi, zakresy obowiązków, umowy o świadczenie wolontariatu. |
| 3. | Liczba podmiotów, które rozszerzyły ofertę wsparcia lub podniosły jakość oferowanych usług  (podmioty) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje podmioty, które świadczą usługi społeczne w formie stacjonarnej, istniejące przed projektem, które dzięki wsparciu EFS+ rozszerzyły ofertę wsparcia lub podniosły jakość oferowanych usług.  Przez rozszerzenie oferty wsparcia należy rozumieć w szczególności sytuację, gdy po zakończeniu realizacji projektu dany podmiot oferuje szerszy katalog świadczonych usług niż w momencie rozpoczęcia projektu. Rozszerzona oferta może dotyczyć wyłącznie usług świadczonych w społeczności lokalnej. Podniesienie jakości oferowanych usług należy rozumieć natomiast jako w szczególności sytuację, gdy osoby świadczące usługi w danym podmiocie dzięki udziałowi w projekcie wzięły udział w kursach i szkoleniach mających na celu podniesienie standardu wykonywanych usług.  We wskaźniku nie należy wykazywać nowo utworzonych w ramach projektu miejsc świadczenia usług.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  Wskaźnik mierzony w ciągu 4 tygodni od zakończenia projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty potwierdzające podniesienie kwalifikacji i kompetencji zawodowych pracowników np. certyfikat, świadectwo, zaświadczenie, * dokumenty potwierdzające zwiększenie zakresu oferowanych usług w wyniku realizacji projektu. |
| 4. | Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej  (sztuki) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje nowo utworzone miejsca stacjonarnego świadczenia usług społecznych w społeczności lokalnej.  Liczbę miejsc należy monitorować jako potencjał danej placówki/ ośrodka/ mieszkania itp. do świadczenia usług, tj. liczbę osób, które mogą w tym samym momencie jednocześnie skorzystać z oferowanych usług (a nie miejsce jako obiekt, w którym dana usługa jest świadczona).  W przypadku wsparcia istniejących wcześniej placówek świadczenia usług do wskaźnika zliczane są wyłącznie nowe miejsca..  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  Wskaźnik mierzony w ciągu 4 tygodni od zakończenia projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty dotyczące nowoutworzonych miejsc stacjonarnego świadczenia usług np. zezwolenie, uchwała, zarządzenie lub inny dokument potwierdzający utworzenie nowych placówek, * dokumenty potwierdzające stworzenie nowych miejsc w istniejących placówkach np. wykaz miejsc (lista, spis) itp. |
| 5. | Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w mieszkaniach  (sztuki) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje nowo utworzone miejsca w mieszkaniach treningowych lub wspomaganych.  Liczbę miejsc należy monitorować jako potencjał danego mieszkania do świadczenia usług, tj. liczbę osób, które mogą w tym samym momencie jednocześnie skorzystać z oferowanych usług (a nie miejsce jako obiekt, w którym dana usługa jest świadczona).  W przypadku wsparcia istniejących wcześniej mieszkań do wskaźnika zliczane są wyłącznie nowe miejsca..  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  Wskaźnik mierzony w ciągu 4 tygodni od zakończenia projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty dotyczące nowoutworzonych miejsc w mieszkaniach np. uchwała, zarządzenie lub inny dokument potwierdzający utworzenie nowych mieszkań, * dokumenty potwierdzające stworzenie nowych miejsc w istniejących mieszkaniach np. wykaz miejsc (lista, spis) itp. |

# **Inne wspólne wskaźniki produktu** **dla EFS+:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wskaźnika/ jednostka miary** | **Definicja,**  **termin pomiaru**  **przykładowe źródła pomiaru wskaźnika** |
| 1. | Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik określa liczbę osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w ramach projektu.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  Za rozpoczęcie udziału w projekcie co do zasady uznaje się przystąpienie do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, * orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, * orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, * orzeczenie ZUS, * zaświadczenie lekarskie, * dokumenty potwierdzające skorzystanie ze wsparcia, np. umowa z uczestnikiem projektu, lista obecności potwierdzająca skorzystanie z usługi |
| 2. | Liczba osób z krajów trzecich objętych wsparciem w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik określa liczbę osób, które są obywatelami krajów spoza UE. Do wskaźnika wlicza się też bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  Za rozpoczęcie udziału w projekcie co do zasady uznaje się przystąpienie do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * paszport lub inny ważny dokument potwierdzający tożsamość lub tożsamość i obywatelstwo, * dokument podróży i zezwolenie na pobyt czasowy (karta pobytu), * zezwolenie na pobyt stały lub rezydenturę długoterminową UE, * decyzja w sprawie udzielenia ochrony międzynarodowej, * dokumenty potwierdzające skorzystanie ze wsparcia, np. umowa z uczestnikiem projektu, lista obecności potwierdzająca skorzystanie z usługi. |
| 3. | Liczba osób obcego pochodzenia objętych wsparciem w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik określa liczbę osób, które są obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.  Wskaźnik nie obejmuje osób należących do mniejszości, których udział w projektach monitorowany jest wskaźnikiem liczba osób należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie, objętych wsparciem w programie.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  Za rozpoczęcie udziału w projekcie co do zasady uznaje się przystąpienie do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * paszport lub inny ważny dokument potwierdzający tożsamość lub tożsamość i obywatelstwo, * dokument podróży i zezwolenie na pobyt czasowy (karta pobytu), * zezwolenie na pobyt stały lub rezydenturę długoterminową UE, * decyzja w sprawie udzielenia ochrony międzynarodowej, * dokumenty potwierdzające skorzystanie ze wsparcia, np. umowa z uczestnikiem projektu, lista obecności potwierdzająca skorzystanie z usługi. |
| 4. | Liczba osób należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie, objętych wsparciem w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje osoby należące do mniejszości narodowych i etnicznych.  Mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  Za rozpoczęcie udziału w projekcie co do zasady uznaje się przystąpienie do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * dokumenty potwierdzające przynależność do mniejszości narodowych i etnicznych, * deklaracja o przynależności do mniejszości narodowej lub etnicznej, * dokumenty potwierdzające skorzystanie ze wsparcia, np. umowa z uczestnikiem projektu, lista obecności potwierdzająca skorzystanie z usługi. |
| 5. | Liczba osób w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań, objętych wsparciem w programie  (osoby) | DEFINICJA WSKAŹNIKA  Wskaźnik obejmuje osoby w kryzysie bezdomności lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań.  Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są w kryzysie bezdomności lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.  TERMIN POMIARU WSKAŹNIKA  W momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.  Za rozpoczęcie udziału w projekcie co do zasady uznaje się przystąpienie do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.  PRZYKŁADOWE ŹRÓDŁA POMIARU WSKAŹNIKA   * zaświadczenie o wymeldowaniu, * wyrok sądu o eksmisji, * zaświadczenie z placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności, * oświadczenie, * dokumenty potwierdzające skorzystanie ze wsparcia, np. umowa z uczestnikiem projektu, lista obecności potwierdzająca skorzystanie z usługi. |

1. W projekcie musi być założony wskaźnik rezultatu „Liczba osób, które opuściły opiekę instytucjonalną dzięki wsparciu w programie” o wartości większej niż 0. [↑](#footnote-ref-1)
2. badanie kwestionariuszowe, obejmujące samoocenę stanu zdrowia i wykonywania codziennych czynności, pomagające zidentyfikować osoby o zwiększonym ryzyku znacznego pogorszenia stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej [↑](#footnote-ref-2)