

Załącznik nr I – Szczegółowe warunki realizacji przedsięwzięć dla Działania 09.04 – projekty konkurencyjne (dla typów projektów nr 1 i 2)

Spis treści

Rozdział I Typy projektów dla konkurencyjnego sposobu wyboru projektów	2
Rozdział II Ogólne warunki realizacji dla typów projektów	3
Rozdział III Wymagania dotyczące poszczególnych form wsparcia	9
Podrozdział III.1 Usługi społeczne	9
Sekcja III.1.1 Usługi asystenckie i opiekuńcze	10
Podsekcja III.1.1.1 Usługi asystenckie	11
Podsekcja III.1.1.2 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	12
Podsekcja III.1.1.3 Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	12
Podsekcja III.1.1.4 Sąsiedzkie usługi opiekuńcze	13
Sekcja III.1.2 Dzienny dom pomocy – minimalny standard funkcjonowania	14
Sekcja III.1.3 Dzienny dom wsparcia osób z chorobami otępiennymi – minimalny standard funkcjonowania	16
Sekcja III.1.4 Usługi świadczone w mieszkaniach treningowych i wspomaganych	19
Sekcja III.1.5 Opieka wytchnieniowa	20
Sekcja III.1.6 Deinstytucjonalizacja instytucji całodobowych – domów pomocy społecznej	20
Sekcja III.1.7 Wsparcie towarzyszące	23
Podrozdział III.2 Usługi zdrowotne	23
Podrozdział III.3 Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych	26
Podrozdział III.4 Lista gmin kwalifikujących się do objęcia wsparciem w pierwszej kolejności	27

Rozdział I Typy projektów dla konkurencyjnego sposobu wyboru projektów

Wsparciem w ramach naboru mogą zostać objęte następujące typy projektów:

- 1) typ projektu nr 1: zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych oraz wsparcie procesu deinstytucjonalizacji poprzez:
 - a) tworzenie miejsc świadczenia usług opiekuńczych w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej w nowych jak i istniejących placówkach zapewniających opiekę dzienną,
 - b) wsparcie dla usług asystenckich, opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach opieki rodzinnej i środowiskowej,
 - c) usługi świadczone w mieszkaniach treningowych lub mieszkaniach wspomaganych,
 - d) zapewnienie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekunów faktycznych (nieformalnych) będących członkami rodzin, w tym opieka wytchnieniowa,
 - e) wsparcie psychologiczne lub szkolenia dla opiekunów faktycznych (nieformalnych), w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
 - f) usługi towarzyszące, m.in.: teleopieka, wypożyczalnia sprzętu, codzienne dowożenie posiłków, drobne usługi remontowe, porządkowe, higieniczne, świadczone w domu oraz działania zapobiegające umieszczaniu osób w placówkach całodobowych (nie może być realizowany jako samodzielne przedsięwzięcie),
 - g) wsparcie procesu deinstytucjonalizacji instytucji całodobowych pozwalającego na rozszerzenie oferty o prowadzenie usług świadczonych w społeczności lokalnej¹,
 - h) wsparcie działalności lub tworzenie nowych miejsc opieki medycznej² w formach zdeinstytucjonalizowanych, w tym tworzenie nowych i wsparcie istniejących hospicjów domowych,
 - i) długoterminową medyczną opiekę domową³ nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym pielęgniarскую opiekę długoterminową;
- 2) typ projektu nr 2: podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i/lub zdrowotnych na potrzeby świadczenia

¹ Wsparcie podmiotów prowadzących opiekę instytucjonalną przez rozszerzenie oferty o prowadzenie usług świadczonych w społeczności lokalnej musi przyczynić się do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz liczby osób objętych tymi usługami. Wsparcie to musi zapewniać odbiorcom możliwość niezależnego życia i włączenia społecznego zgodnie z art. 19 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, Komentarzem ogólnym nr 5 do tej Konwencji i Uwagami Podsumowującymi Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ. Rozwijanie usług środowiskowych realizowanych przez personel całodobowych placówek opiekuńczych musi wynikać z lokalnej analizy potrzeb, a także nie może polegać na rozwijaniu i finansowaniu usług opieki prowadzonych w formie instytucjonalnej.

² Opieka medyczna dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

³ jw.

usług w społeczności lokalnej, w tym personelu opieki długoterminowej (nie może być realizowany jako samodzielne przedsięwzięcie).

Rozdział II Ogólne warunki realizacji dla typów projektów

1. W ramach projektu muszą być świadczone zarówno usługi społeczne jak i zdrowotne (zgodnie z kryterium dostępu nr 3) dla każdego uczestnika projektu będącego osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
2. Podstawą do objęcia wsparciem danego uczestnika jest uzyskanie jak najmniejszej liczby punktów po zastosowaniu łącznie skal: Katza⁴, Lawtona⁵ i Barthela⁶. Do projektu w pierwszej kolejności powinny zostać zakwalifikowane osoby, które zostały wskazane w kryteriach dostępu nr 4 i 6 oraz z najmniejszą łączną liczbą punktów (na podstawie wymienionych skal).
3. Okres realizacji projektu nie może przekroczyć 30 miesięcy⁷ (zgodnie z kryterium dostępu nr 1).
4. Wsparcie w ramach projektu musi prowadzić do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług społecznych i zdrowotnych **oraz** zwiększenia liczby osób objętych tymi usługami w społeczności lokalnej (zgodnie z kryterium dostępu nr 2).

Zwiększenie liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej może odbywać się zarówno stacjonarnie jak i niestacjonarnie.

Uwaga – obowiązek zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług oraz liczby osób objętych tymi usługami nie dotyczy wsparcia dla usług opiekuńczych świadczonych przez opiekunów faktycznych oraz wsparcia realizowanego uprzednio w ramach programów rządowych.

Zwiększenie liczby miejsc niestacjonarnych/w miejscu zamieszkania odbywa się przez zwiększenie liczby opiekunów świadczących usługi w stosunku do liczby osób z roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie projektu. Oznacza to, że spełnienie kryterium w tym zakresie nastąpi, jeśli dzięki realizacji działań projektowych zwiększy się liczba opiekunów świadczących usługi.

Uwaga – obowiązku zwiększenia liczby miejsc, wynikającego z kryterium dostępu nr 2, dotyczącego miejsc niestacjonarnych nie należy łączyć z obowiązkowym wskaźnikiem rezultatu "Liczba utworzonych miejsc świadczenia

⁴ Zgodnie z postanowieniami Podrozdziału III.1 Usługi społeczne.

⁵ jw.

⁶ Zgodnie z ust. 1 Podrozdziału III.2 Usługi zdrowotne.

⁷ Instytucja Zarządzająca (IZ) w uzasadnionych przypadkach, na etapie realizacji projektu, dopuszcza możliwość odstępstwa w zakresie przedmiotowego kryterium przez wydłużenie terminu realizacji projektu.

usług w społeczności lokalnej”, w którym zgodnie z jego definicją wykazać należy **tylko miejsca stacjonarne**.

Zwiększenie liczby miejsc w formach stacjonarnych odbywa się poprzez tworzenie miejsc:

- 1) stałego lub krótkookresowego pobytu dziennego;
- 2) stałego lub krótkookresowego pobytu całodobowego w placówkach, w których są realizowane usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej lub miejsc opieki wytchnieniowej w formie krótkookresowego pobytu.

Wnioskodawca powinien więc wykazać we wniosku o dofinansowanie projektu liczbę osób, które obejmował wsparciem oraz liczbę miejsc, które prowadził w roku poprzedzającym rok złożenia wniosku o dofinansowanie projektu (tj. w 2024 r.), a także liczbę osób, którą planuje objąć wsparciem projektowym i liczbę miejsc, którą zamierza prowadzić.

Tym samym, Wnioskodawca musi zapewnić, że łączna liczba miejsc przez niego dotychczas prowadzonych powiększona o miejsca zaplanowane w projekcie będzie większa niż liczba miejsc, którą prowadził w roku poprzedzającym rok złożenia wniosku o dofinansowanie projektu (analogiczna sytuacja dotyczy liczby osób).

Realizacja działań projektowych musi zawsze prowadzić do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług oraz zwiększenia liczby osób objętych usługami w społeczności lokalnej. Miejsca krótkookresowego pobytu służą przede wszystkim poprawie dostępu do usług opiekuńczych w zastępstwie za opiekunów faktycznych w ramach opieki wytchnieniowej⁸.

Liczbę nowoutworzonych 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).

5. W ramach wsparcia usług opiekuńczych nie mogą być finansowane usługi opieki instytucjonalnej⁹.

⁸ Przez opiekę wytchnieniową rozumie się opiekę (trwającą nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego (w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna faktycznego) oraz wsparcie dla opiekuna faktycznego i najbliższego otoczenia osoby potrzebującej wsparcia, w szczególności w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, grup samopomocowych.

⁹ Przez opiekę instytucjonalną należy rozumieć usługi świadczone:

- 1) w placówce opiekuńczo-pobytowej, czyli placówce wieloosobowego, całodobowego pobytu i opieki, w której liczba mieszkańców jest większa niż 8 osób, lub w której spełniona jest co najmniej jedna z poniższych przesłanek:
 - a) usługi nie są świadczone w sposób zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby),
 - b) wymagania organizacyjne mają pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców,
 - c) mieszkańcy nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą w zakresie funkcjonowania w ramach placówki,

6. Nie mogą być w ramach projektu tworzone miejsca opieki w formach instytucjonalnych, nie mogą być utrzymywane dotychczas istniejące miejsca w podmiotach instytucjonalnych oraz nie mogą być realizowane usługi na rzecz osób w nich przebywających. Wsparcie osób będących w długoterminowej opiece instytucjonalnej jest możliwe tylko w celu przejścia tych osób do opieki realizowanej w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej.
7. Podmioty prowadzące opiekę instytucjonalną mogą sfinansować działania pozwalające na rozszerzenie oferty o prowadzenie usług świadczonych w społeczności lokalnej, w takim zakresie w jakim przyczyni się to do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej oraz liczby osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej, w tym realizację opieki wytchnieniowej w formie krótkookresowego pobytu (szerzej w sekcji III.1.5).
8. Wsparcie z zakresu usług społecznych i zdrowotnych musi dotyczyć wyłącznie usług świadczonych w społeczności lokalnej (z wyjątkiem opieki wytchnieniowej realizowanej zgodnie z sekcją III.1.5).
9. Usługi świadczone w społeczności lokalnej to usługi społeczne lub zdrowotne umożliwiające osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny lub społeczności lokalnej oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Są to usługi świadczone w sposób:
 - 1) zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby);
 - 2) umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą (w zakresie wsparcia dzieci uwzględnianie ich zdania);
 - 3) zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
 - 4) gwarantujący, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej.

Warunki, o których mowa w pkt 1-4, muszą być spełnione łącznie.

-
- d) mieszkańcy są odizolowani od ogółu społeczności lub zmuszeni do mieszkania razem;
- 2) w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistyczno-terapeutycznego, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub w innej placówce wieloosobowego, całodobowego pobytu lub opieki;
 - 3) w placówce interwencyjnego zakwaterowania (m.in.: noclegownie, schroniska dla osób bezdomnych, ogrzewalnie).
- Opieka instytucjonalna realizowana jest w szczególności w takich instytucjach jak:
- 1) dom pomocy społecznej, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - 2) zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Opiekę instytucjonalną długoterminową należy rozumieć jako opiekę świadczoną powyżej 60 dni w roku kalendarzowym.

10. Do usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w społeczności lokalnej należą w szczególności:
- 1) **usługi opiekuńcze**, obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem, świadczone przez opiekunów faktycznych lub w postaci: usług sąsiedzkich, usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub dziennych form usług opiekuńczych;
 - 2) **opieka wytchnieniowa** w formie całodobowego krótkookresowego pobytu (nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) w placówkach, w których liczba miejsc całodobowego pobytu nie jest większa niż 8 lub w formie dziennego pobytu;
 - 3) **usługi w rodzinnym domu pomocy**¹⁰, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
 - 4) **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;
 - 5) **usługi w gospodarstwach opiekuńczych** w formie pobytu dziennego lub całodobowego, o ile liczba miejsc pobytu całodobowego w tych gospodarstwach nie jest większa niż 8;
 - 6) **usługi asystenckie**, świadczone przez asystentów na rzecz osób z niepełnosprawnościami (oraz ich rodzin), umożliwiające stałe lub okresowe wsparcie tych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do ich aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego;
 - 7) **usługi asystenckie dla innych grup niż osoby z niepełnosprawnościami**, z wyłączeniem asystentury rodzinnej;
 - 8) **usługi pielęgniarstwa długoterminowego domowego**;
 - 9) **opieka paliatywna i hospicyjna** w formach zdeinstytucjonalizowanych;
 - 10) **usługi w postaci mieszkań treningowych lub mieszkań wspomaganych**, o ile liczba miejsc w mieszkaniu nie jest większa niż 3.
11. Odbiorcami usług są osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, czyli osoby które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności

¹⁰ Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub podmiot uprawniony (o jakim mowa w art. 25 ustawy o pomocy społecznej) dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie.

życia codziennego (osoby, które na etapie rekrutacji uzyskały małą łączną liczbę punktów po zastosowaniu łącznie skal, o których mowa w ust. 2).

12. Zgodnie z kryteriami horyzontalnymi nr 2 i 3, Wnioskodawca jest zobowiązany do realizacji działań projektowych zgodnie z postanowieniami Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej (KPP) oraz Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON). Zgodnie z artykułem 5 KPON, wszyscy ludzie są równi wobec prawa, a jakakolwiek dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność jest niedopuszczalna. Zakaz dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność wynika również z art. 21 KPP.
13. Zgodnie z kryterium dostępu nr 5, każdemu uczestnikowi projektu będącemu osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu powinien zostać przygotowany Indywidualny Plan Wsparcia, który musi być dostosowany do potrzeb i sytuacji uczestnika projektu.
14. Wnioskodawca realizujący w projekcie działania ukierunkowane na deinstytucjonalizację usług zdrowotnych musi zaplanować również działania dla opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, np. warsztaty, szkolenia, pomoc psychologiczną. Zakres wsparcia powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb i preferencji opiekunów faktycznych¹¹.
15. Niezbędne jest dopasowanie wsparcia w projekcie dla osób wykluczonych komunikacyjnie¹².
16. Realizacja usług zdrowotnych musi zostać zaplanowana w pierwszej kolejności dla osób z obszarów, gdzie te usługi nie są świadczone, bądź dostęp do nich jest utrudniony – na tzw. „białych plamach”.
17. Wnioskodawca w ramach projektu powinien zaplanować preferencje uczestnictwa jednej lub kilku z wymienionych poniżej grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji (zgodnie z kryterium dostępu nr 6):
 - 1) osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
 - 2) osoby z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 3) osoby z chorobami psychicznymi;
 - 4) osoby z niepełnosprawnością intelektualną;

¹¹ Opiekunem faktycznym (nieformalnym) jest osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny, osoba bliska, wolontariusz.

¹² Osoba wykluczona komunikacyjnie to osoba zamieszkująca obszar wykluczony komunikacyjnie tj. taki na którym brakuje połączeń transportem publicznym.

Do opracowania diagnozy można wykorzystać dane przedstawione w publikacji Monitoring Rozwoju Obszarów Wiejskich. Etap IV 2023, Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk oraz Fundacji Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej. Edycja IV (str. 47), link do raportu: <https://efrwp.pl/raporty-i-analizy/montoring-rozwoju-obszarow-wiejskich/etap-iv-2023/>.

- 5) osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10);
 - 6) osoby korzystające z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FE PŻ);
 - 7) osoby zamieszkujące samotnie.
18. W ramach projektu Wnioskodawca/partner nie może prowadzić placówki zapewniającej opiekę całodobową¹³ na nieruchomości, na której znajduje się placówka świadcząca opiekę instytucjonalną. W opisanej lokalizacji jest możliwe utworzenie, ale w odrębnym budynku, np. dziennego domu pomocy – zgodnie ze standardem opisanym w sekcji III.1.2 lub dziennego domu wsparcia osób z chorobami otępiennymi (zgodnie z sekcją III.1.3).
- Zasada ta nie dotyczy Wnioskodawców/partnerów, którzy zaplanują prowadzenie placówki zapewniającej opiekę wytchnieniową w formie krótkookresowego pobytu, pod warunkiem zachowania pozostałych zasad świadczenia usług w społeczności lokalnej.
19. Za wsparcie świadczone w ramach usług społecznych i zdrowotnych można pobierać opłaty od uczestników projektu pod warunkiem zaplanowania ich we wniosku o dofinansowanie projektu oraz określenia zasad odpłatności. Opłaty te nie mogą stanowić bariery uczestnictwa w projekcie. Opłaty za świadczenia usług stanowią wkład własny w projekcie i pomniejszają kwotę dofinansowania. Opłaty nie mogą stanowić więcej niż 10% kosztów świadczenia usług.
20. Usługi z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych np.: teleopieka, systemów przywoławczych, usługi typu door-to-door (np.: dowożenie posiłków, transport indywidualny), wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego stanowią element wsparcia i mogą być realizowane pod warunkiem zagwarantowania kompleksowości usługi.
21. W wyjątkowych sytuacjach możliwe jest zaplanowanie wsparcia dla opiekuna faktycznego (nieformalnego), którego podopieczny nie jest uczestnikiem projektu. Nie jest natomiast dopuszczalna sytuacja, w której całość wsparcia w projekcie zaplanowana jest w odniesieniu do opiekunów faktycznych, a nie zaplanowano działań na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (usług społecznych i zdrowotnych).
22. Projekt musi zakładać działania z zakresu kształtowania postaw antydyskryminacyjnych dla kadry merytorycznej projektu bez względu na sposób jej zatrudnienia (zgodnie z kryterium dostępu nr 8).
- Oznacza to, że osoby świadczące usługi społeczne i zdrowotne w ramach projektu muszą zostać objęte działaniami ukierunkowanymi na rozwijanie postaw

¹³ To jest np. w formie rodzinnego domu pomocy, ośrodka wsparcia czy gospodarstwa opiekuńczego.

związanych z przeciwdziałaniem dyskryminacji ze względu na np.: płeć, rasę, orientację seksualną, tożsamość płciową, pochodzenie narodowe i etniczne, religię, światopogląd, niepełnosprawność, wiek czy status społeczny i ekonomiczny. Działania te mają przyczynić się do budowania postaw społecznych opartych m.in.: na tolerancji, wolności i szacunku do drugiej osoby.

23. Interwencja w obszarze usług społecznych musi zostać zaplanowana i być realizowana zgodnie z kierunkami wskazanymi w Regionalnym Planie Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2023-2025 (link do dokumentu: [tutaj](#)) lub Lokalnymi Planami Deinstytucjonalizacji (jeśli już takie zostały opracowane i przyjęte w danym powiecie/danej gminie).
24. Wnioskodawca zapewnia, że w przypadku usług finansowanych ze środków EFS+ będą one realizowane zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 (link do wytycznych: [tutaj](#)) w szczególności zgodnie z rozdziałem 4 (zasady interwencji EFS+ w obszarze włączenia społecznego) oraz rozdziałem 7 (zasady interwencji EFS+ w obszarze zdrowia).
25. W przypadku gdy projekt zakłada realizację wsparcia, którego efektem jest nabycie kwalifikacji lub kompetencji, uzyskanie kwalifikacji lub kompetencji musi być zgodne z załącznikiem nr 2 do Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2021-2027 (link do załącznika nr 2 – Podstawowe informacje dotyczące kwalifikacji EFS+: [tutaj](#)).

Rozdział III Wymagania dotyczące poszczególnych form wsparcia

Podrozdział III.1 Usługi społeczne

Zgodnie z Rozdziałem II ust. 12 odbiorcami usług są osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej przy świadczeniu usług społecznych należy zastosować skalę podstawową – **skalę Katza** (ADL), która została szczegółowo opisana w **załączniku nr X** do regulaminu wyboru projektów. Skala ta pozwala ocenić radzenie sobie danej osoby z czynnościami życia codziennego w miejscu zamieszkania, takimi jak np.: kąpanie się, ubieranie czy samodzielne jedzenie.

Natomiast do mierzenia oceny złożonych czynności życia codziennego należy zastosować **skalę Lawtona** (IADL), która została szczegółowo opisana w **załączniku nr XI** do regulaminu wyboru projektów. Skala ta mierzy niezależność życiową, czyli zapewnienie funkcjonowania gospodarstwa domowego przez osobę potrzebującą wsparcia na podstawie jej radzenia sobie w środowisku zewnętrznym lub ze złożoną czynnością, jaką jest np. samodzielne przygotowanie posiłków, leków czy zakup artykułów spożywczych i związane z tym wyjście z domu.

Podstawą prawidłowego ukierunkowania wsparcia w ramach projektu jest zrekrutowanie osób najbardziej potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Do oceny samodzielności bądź złożonych czynności życia codziennego potencjalnych uczestników projektu należy zastosować łącznie skalę Katza i Lawtona. Do projektu powinny zostać zakwalifikowane w pierwszej kolejności osoby, które zostały wskazane w kryteriach dostępu nr 4 i 6, które otrzymały najmniejszą liczbą punktów (na podstawie wymienionych skal).

Sekcja III.1.1 Usługi asystenckie i opiekuńcze

1. Usługi opiekuńcze są świadczone dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a usługi asystenckie w szczególności dla osób z niepełnosprawnościami.
2. Wsparcie dla usług opiekuńczych lub asystenckich musi prowadzić 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, tj. z roku 2024 (zgodnie z kryterium dostępu nr 2).
3. Obowiązek zwiększania liczby osób objętych usługami nie oznacza zakazu jednoczesnego wsparcia osób dotychczas obejmowanych usługami przez Beneficjenta.
4. Obowiązek zwiększania liczby miejsc świadczenia usług lub liczby osób objętych tymi usługami nie dotyczy:
 - 1) wsparcia dla usług opiekuńczych świadczonych przez opiekunów faktycznych;
 - 2) wsparcia realizowanego uprzednio w ramach programów rządowych.
5. Zwiększanie liczby miejsc świadczenia usług opiekuńczych świadczonych niestacjonarnie lub w miejscu zamieszkania odbywa się poprzez zwiększanie liczby opiekunów świadczących usługi.
6. Zwiększanie liczby miejsc świadczenia usług opiekuńczych w formach stacjonarnych odbywa się poprzez tworzenie miejsc:
 - 1) stałego lub krótkookresowego pobytu dziennego;
 - 2) stałego lub krótkookresowego pobytu całodobowego w placówkach, w których są realizowane usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej lub miejsc opieki wytchnieniowej w formie krótkookresowego pobytu.
7. Wsparcie w ramach projektu nie może spowodować:
 - 1) zmniejszenia dotychczasowego finansowania usług asystenckich lub opiekuńczych przez Beneficjenta oraz

- 2) zastąpienia środkami projektu dotychczasowego finansowania usług ze środków innych niż europejskie¹⁴.
8. Wsparcie dla osób będących w długoterminowej opiece instytucjonalnej możliwe jest wyłącznie w celu przejścia tych osób do opieki realizowanej w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej. Wsparcie to musi przyczyniać się do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej.

Podsekcja III.1.1.1 Usługi asystenckie

1. Usługa asystencka obejmuje wspieranie osób¹⁵, w tym w szczególności osób z niepełnosprawnościami, w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego, edukacyjnego.
2. W zależności od potrzeb osoby z niepełnosprawnością, usługa asystencka może obejmować również opiekę higieniczną oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych.
3. Usługa asystencka jest świadczona przez:
 - 1) asystenta osoby niepełnosprawnej – 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 184, z późn. zm.);
 - 2) asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej – 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:
 - a) posiadający doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego lub
 - b) 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. praktyka, wolontariat.

¹⁴ Postanowienia ust. 7 nie dotyczą kontynuacji wsparcia realizowanego ze środków EFS+.

¹⁵ Usługi asystenckie mogą być również realizowane dla innych grup niż osoby z niepełnosprawnościami, z wyłączeniem asystentury rodzinnej.

Podsekcja III.1.1.2 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

1. Zakres usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania obejmuje w szczególności:
 - 1) pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych;
 - 2) opiekę higieniczną;
 - 3) pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej;
 - 4) zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
2. Wnioskodawca przy organizacji świadczenia usług opiekuńczych musi uwzględnić 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.
3. 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.
4. Usługa opiekuńcza jest świadczona przez osobę, która posiada:
 - 1) kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej lub
 - 2) 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 przedmedycznej¹⁶.

Podsekcja III.1.1.3 Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

1. 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.
2. Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania obejmuje obok usług opiekuńczych m.in.¹⁷:
 - 1) pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
 - a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,

¹⁶ Wskazane szkolenia mogą zostać sfinansowane w ramach projektu.

¹⁷ 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 (Dz. U. z 2024 r., poz. 816).

- b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
 - c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
 - d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
 - e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
 - f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
 - g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;
- 2) 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 (możliwe w projektach dotyczących opieki długoterminowej):
- a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
 - b) współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych.
3. Specjalistyczna usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania jest świadczona przez osobę, która spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

Podsekcja III.1.1.4 Sąsiedzkie usługi opiekuńcze

1. Realizacja wsparcia w postaci usług sąsiedzkich musi być zgodna z zasadami określonymi w art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
2. Usługi sąsiedzkie obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgniarską, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji oraz, w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
3. Osobą wykonującą usługi sąsiedzkie może być osoba, która:
 - 1) jest pełnoletnia;
 - 2) nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
 - 3) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
 - 4) złożyła organizatorowi usług sąsiedzkich oświadczenie o zdolności pod względem psychofizycznym do świadczenia takich usług;

- 5) zamieszkuje w najbliższej okolicy osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- 6) ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy;
- 7) została zaakceptowana przez osobę, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- 8) została zaakceptowana przez organizatora usług sąsiedzkich.

Sekcja III.1.2 Dzienny dom pomocy – minimalny standard funkcjonowania

1. Usługi opiekuńcze w formie opieki dziennej realizowane mogą być przez m.in.: dzienne domy pomocy (DDP).
2. DDP jest ośrodkiem wsparcia przeznaczonym dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zapewniającym całodienne usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz aktywizację w sferze fizycznej, intelektualnej oraz społecznej. Ośrodek ten musi być usytuowany w miejscu dostępnym dla potencjalnych uczestników projektu oraz być przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
3. DDP powinien pełnić funkcję różną od klubu seniora, świetlicy czy klubu samopomocy. Podstawą działalności takiego domu musi być zapewnienie bezpiecznego miejsca pobytu i wsparcia w czynnościach samoobsługowych, a także pielęgnacji osobom, które nie mogą funkcjonować bez pomocy innych osób. W drugiej kolejności DDP może pełnić rolę socjalizacyjną i aktywizującą.
4. Podmioty prowadzące kluby seniora mogą przekształcić klub w DDP przy zachowaniu wymogów zawartych w przedmiotowym standardzie funkcjonowania. Przekształcenie klubu w DDP musi być związane z utworzeniem nowych miejsc opieki stacjonarnej, co należy wykazać we wskaźniku rezultatu.
5. DDP powinien funkcjonować 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.
6. Organizacja DDP oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług musi uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa uczestników zajęć oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.
7. DDP przez realizację usług opiekuńczych pozwala opóźnić lub zapobiec konieczności umieszczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w instytucjonalnych formach typu dom pomocy społecznej czy zakład opiekuńczo-leczniczy.
8. DDP może być również miejscem wsparcia opiekunów faktycznych, w tym rodziny osób korzystających z usług opiekuńczych w DDP.

9. **Minimalny wymagany standard dla DDP**, który będzie przedmiotem oceny Komisji Oceny Projektów.

1) DDP musi posiadać:

- a) 1 pomieszczenie ogólnodostępne, które może pełnić zarówno funkcję sali spotkań, jadalni oraz miejsca do utrzymania lub zwiększenia aktywności ruchowej,
- b) 1 pomieszczenie – pokój do odpoczynku,
- c) 1 pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny, wyposażony w podstawowy sprzęt i naczynia potrzebne do przygotowania i spożycia posiłku,
- d) 1 łazienkę wyposażoną w 2 toalety, umywalkę.

2) Zakres usług świadczonych przez DDP może obejmować w szczególności usługi:

- a) socjalne,
- b) edukacyjne,
- c) kulturalno-oświatowe,
- d) aktywności ruchowej i rekreacyjnej,
- e) aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy),
- f) terapii zajęciowej.

3) Kadre w DDP stanowią opiekunowie zatrudnieni w liczbie dostosowanej do liczby miejsc w ośrodku wsparcia oraz charakteru placówki. Usługa opiekuńcza w DDP powinna być świadczona przez osobę, która posiada:

- a) 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
- 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 przedmedycznej¹⁸.

Minimalny standard zatrudnienia w DDP to co najmniej 1 opiekun na 15 podopiecznych, zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy. Dodatkowo, w zależności od potrzeb, zatrudniony może być inny specjalista w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb DDP. Do pracy w ośrodku możliwe jest angażowanie wolontariuszy.

¹⁸ Wskazane szkolenia mogą zostać sfinansowane w ramach projektu.

Świadczenia opieki zdrowotnej muszą być realizowane wyłącznie przez podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej – zgodnie z kryterium dostępu nr 7.

- 4) W ramach utworzenia i prowadzenia DDP dofinansowaniu podlegają w szczególności następujące koszty:
 - a) wynagrodzenie kadry merytorycznej (świadczącej usługi społeczne lub zdrowotne),
 - b) koszty związane z różnymi formami prowadzenia zajęć (np. bilety wstępu),
 - c) materiały do prowadzenia zajęć,
 - d) środki i materiały higieniczne i pielęgnacyjne,
 - e) wyżywienie,
 - f) wyposażenie w zakresie niezbędnym do funkcjonowania ośrodka – meble w salach dziennego pobytu, sprzęt do ćwiczeń, wyposażenie gabinetów personelu merytorycznie zaangażowanego we wsparcie uczestników, wyposażenie aneksu kuchennego, naczynia itp.
 - g) koszty eksploatacji pomieszczeń,
 - h) koszty dostosowania pomieszczeń do pełnienia nowej funkcji (remontu i adaptacji w niezbędnym zakresie),
 - i) koszty transportu podopiecznych z i do placówki.
- 5) Nie jest możliwe sfinansowanie zakupu leków dla uczestników projektu.

Powyższy katalog nie wyczerpuje wszystkich możliwych do poniesienia kosztów. W projekcie mogą pojawić się inne wydatki niezbędne do jego realizacji. Dostosowanie i adaptacja pomieszczeń i budynków do pełnienia funkcji DDP będzie kwalifikowalna w zakresie niezbędnym do realizacji celów projektu i do limitu cross-financingu.

Sekcja III.1.3 Dzienny dom wsparcia osób z chorobami otępiennymi – minimalny standard funkcjonowania

1. Wnioskodawca w ramach projektu powinien zaplanować preferencje uczestnictwa osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji. Taką grupą są m.in. osoby z chorobami otępiennymi, w tym z Alzheimerem. Pomoc tym osobom może odbywać się w ramach dziennego domu wsparcia osób z chorobami otępiennymi, zwanym dalej w obrębie tej sekcji „dziennym domem wsparcia”, „ośrodkiem” lub „placówką”, którego minimalny standard funkcjonowania został opisany poniżej.
2. W dziennym domu wsparcia mogą być realizowane usługi społeczne lub zdrowotne w celu zmniejszenia ryzyka pogorszenia funkcji poznawczych, powrotu do względnej równowagi psychofizycznej oraz nabywanie nowych kompetencji radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

3. Jest to ośrodek przeznaczony dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którzy mają postawioną diagnozę choroby lub zespołu otępiennego w fazie łagodnej lub średniozaawansowanej choroby. Osoby te muszą mieć zaświadczenie lekarskie lub skierowanie do objęcia opieką długoterminową, jednakże nie wymagają hospitalizacji w oddziale szpitalnym lub pobytu w jednostkach stacjonarnej opieki długoterminowej.
4. Wsparciem w placówce mogą zostać również objęci opiekunowie faktyczni i członkowie rodzin.
5. Ośrodek ten musi być usytuowany w miejscu dostępnym dla potencjalnych uczestników projektu oraz być przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
6. Dzienny dom wsparcia powinien funkcjonować 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 podmiotu może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb.
7. Organizacja placówki oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług musi uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa uczestników zajęć oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.
8. **Minimalny wymagany standard dla dziennego domu wsparcia**, który będzie przedmiotem oceny Komisji Oceny Projektów.
 - 1) Ośrodek musi posiadać:
 - a) gabinet do pracy indywidualnej,
 - b) salę fizjoterapeutyczną,
 - c) pokój wyciszeń,
 - d) dużą salę do spotkań grupowych,
 - e) pomieszczenie ogólnodostępne (z możliwością spotkań, jadalni),
 - f) pomieszczenia socjalne wyposażone w podstawowy sprzęt i naczynia potrzebne do przygotowania i spożycia posiłku,
 - g) łazienki dostosowane do standardów.
 - 2) Zakres usług świadczonych przez placówkę powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb i może obejmować następujące usługi:
 - a) terapię indywidualną, grupową, rodzinną,
 - b) psychoedukację,
 - c) rehabilitację,
 - d) poradnictwo socjalne,
 - e) aktywność psychoruchową,
 - f) Trening Umiejętności Społecznych,
 - g) inne formy wsparcia osób z chorobami otępiennymi;

- 3) Kadre ośrodka powinna stanowić grupa specjalistów (posiadających kwalifikacje), w liczbie dostosowanej do potrzeb grupy docelowej i liczby miejsc w dziennym domu wsparcia, m.in.:
- a) opiekun lub opiekun medyczny,
 - b) opiekun osób starszych,
 - c) pielęgniarka,
 - d) psycholog, terapeuta lub psychoterapeuta,
 - e) asystent osoby niepełnosprawnej,
 - f) pracownik socjalny, fizjoterapeuta.

Usługa opiekuńcza w dziennym domu wsparcia powinna być świadczona przez osobę, która posiada:

- a) 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
- 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 przedmedycznej¹⁹.

Minimalny standard zatrudnienia w dziennym domu wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi to co najmniej 1 opiekun na 5 podopiecznych, zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy. Dodatkowo, w zależności od potrzeb, zatrudnieni mogą być inni specjaliści w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb placówki. Do pracy w ośrodku możliwe jest angażowanie wolontariuszy.

Świadczenia opieki zdrowotnej muszą być realizowane wyłącznie przez podmioty uprawnione do wykonywania działalności leczniczej – zgodnie z kryterium dostępu nr 7.

- 4) W ramach utworzenia i prowadzenia placówki dofinansowaniu podlegają w szczególności następujące koszty:
- a) wynagrodzenie kadry merytorycznej,
 - b) koszty związane z organizacją różnych form zajęć,
 - c) materiały do prowadzenia zajęć, itp.,
 - d) środki czystości,
 - e) wyżywienie, artykuły spożywcze,
 - f) koszty eksploatacji pomieszczeń,

¹⁹ Wskazane szkolenia mogą zostać sfinansowane w ramach projektu.

- g) wyposażenie w zakresie niezbędnym do funkcjonowania ośrodka – meble w salach dziennego pobytu, sprzęt do ćwiczeń, wyposażenie gabinetów personelu merytorycznie zaangażowanego we wsparcie uczestników, wyposażenie aneksu kuchennego, naczynia itp.,
 - h) koszty dostosowania pomieszczeń do pełnienia nowej funkcji (remontu i adaptacji w niezbędnym zakresie),
 - i) koszty transportu podopiecznych z i do placówki.
- 5) Nie jest możliwe sfinansowanie zakupu leków dla uczestników projektu.

Powyższy katalog nie wyczerpuje wszystkich możliwych do poniesienia kosztów. W projekcie mogą pojawić się inne wydatki niezbędne do jego realizacji. Dostosowanie i adaptacja pomieszczeń i budynków do pełnienia funkcji dziennego domu wsparcia będzie kwalifikowalna w zakresie niezbędnym do realizacji celów projektu i do limitu cross-finansingu.

Sekcja III.1.4 Usługi świadczone w mieszkaniach treningowych i wspomaganych

1. Wsparcie dla mieszkań treningowych i mieszkań wspomaganych w ramach projektu polega na tworzeniu miejsc w nowo tworzonych lub istniejących mieszkaniach.
2. Wsparcie usług w ramach istniejących mieszkań treningowych, mieszkań wspomaganych jest możliwe wyłącznie pod warunkiem zwiększenia liczby miejsc w danym mieszkaniu, bez pogorszenia jakości świadczonych usług lub w przypadku mieszkań treningowych objęcia nowych osób, które dotychczas nie korzystały ze wsparcia.
3. Liczba miejsc w mieszkaniu treningowym lub wspomagany 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.
4. Mieszkania treningowe oraz mieszkania wspomagane nie mogą być zlokalizowane na nieruchomości, na której znajduje się placówka opieki instytucjonalnej.
5. W przypadku nieruchomości, w której znajduje się do 8 lokali włącznie, mieszkania treningowe lub wspomagane 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.

6. W przypadku mieszkań treningowych i wspomaganych, Wnioskodawca musi stosować standard dotyczący tej formy pomocy wynikający z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy, chyba że Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 stanowią inaczej.
7. Wsparcie w ramach projektu nie może spowodować:
 - 1) zmniejszenia dotychczasowego finansowania usług w formie mieszkań treningowych lub wspomaganych przez Beneficjenta;
 - 2) zastąpienia środkami projektu dotychczasowego finansowania usług ze środków innych niż europejskie²⁰.

Sekcja III.1.5 Opieka wytchnieniowa

1. Opieka wytchnieniowa to opieka (trwająca nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego (w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna faktycznego) oraz wsparcie dla opiekuna faktycznego i najbliższego otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, grup samopomocowych.
2. Opieka wytchnieniowa może być realizowana w formie całodobowego krótkookresowego pobytu (nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) w placówkach, w których liczba miejsc całodobowego pobytu nie jest większa niż 8 lub w formie dziennego pobytu.
3. Miejsca krótkookresowego całodobowego pobytu muszą spełniać standardy określone w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej.

Sekcja III.1.6 Deinstytucjonalizacja instytucji całodobowych – domów pomocy społecznej

1. W ramach naboru możliwe są działania mające na celu otwieranie się domów pomocy społecznej (DPS) na usługi świadczone w społeczności lokalnej oraz realizację opieki wytchnieniowej w formie krótkookresowego pobytu. Wsparcie to musi być zgodne z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
2. Finansowane mogą być następujące działania mające na celu otwieranie się placówek realizujących usługi w formie instytucjonalnej:

²⁰ Postanowienia ust. 7 nie dotyczą kontynuacji wsparcia realizowanego ze środków EFS+.

- 1) realizacja i koordynacja usług środowiskowych w różnych formach m.in. usług opiekuńczych, usług specjalistycznych oraz usług sąsiedzkich dla osób niezamieszkujących w placówce; uzupełniająco możliwa jest również realizacja przez DPS usług – teleopieki lub elektronicznych systemów wspierających pracę opiekunów, ale jedynie jako elementu kompleksowej usługi;
- 2) utworzenie i wsparcie funkcjonowania w strukturze DPS miejsc pobytu dziennego wraz z usługami; miejsce świadczenia usług pobytu dziennego musi znajdować się w innym miejscu niż budynek, w którym świadczona jest opieka całodobowa (w odrębnym budynku na tej samej nieruchomości lub innej nieruchomości);
- 3) utworzenie i wsparcie funkcjonowania w strukturze DPS mieszkalnictwa treningowego i wspomagane wraz z usługami²¹; dopuszczalne jest prowadzenie mieszkań przez DPS zarówno dla osób usamodzielnianych opuszczających DPS, jak i w celu zaradczo-profilaktycznym, tj. zapobiegając umieszczaniu osób w placówce opieki całodobowej;
- 4) przekształcenie miejsc długoterminowej instytucjonalnej i całodobowej opieki, w miejsca opieki wytchnieniowej – w formie krótkookresowego pobytu całodobowego (do 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością wydłużenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach o kolejne 30 dni w roku kalendarzowym); przekształcone miejsca muszą być wydzielone organizacyjnie;
- 5) udostępnienie osobom niezamieszkującym w DPS zasobów w postaci: pomieszczeń terapeutycznych, pomieszczeń służących rehabilitacji, wraz z niezbędnym wyposażeniem celem realizacji zajęć terapeutycznych; działanie takie jest możliwe w przypadku, gdy z lokalnej analizy potrzeb, wynika, iż na terenie danej miejscowości występuje problem z dostępnością specjalistycznych usług terapeutycznych [np. w postaci usług rehabilitacyjnych (wyłącznie w zakresie opieki długoterminowej), logopedycznych], a DPS, posiada zasoby lokalowe i osobowe pozwalające na przeprowadzenie takich form terapeutycznych, dla osób niezamieszkujących w placówce;
- 6) działania ukierunkowane na usamodzielnienie mieszkańców DPS przez realizację indywidualnych planów usamodzielnienia; zaplanowane działania nie mogą być realizowane w zakresie wzmocnienia potencjału instytucji, zatem powinny być realizowane poza budynkiem, w którym jest świadczona całodobowa opieka długoterminowa; niedopuszczalne jest tworzenie pracowni usamodzielniających na terenie tego samego budynku, w którym znajduje się instytucjonalna forma opieki; wsparcie z zakresu usamodzielnienia może obejmować usługi opiekuńcze, usługi asystenckie oraz usługi terapeutyczne np. treningi samodzielności, budżetowe.

²¹ Przy jednoczesnym spełnieniu warunku wskazanego w sekcji 4.3.3 w pkt 4 Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027.

3. W zakresie działań, o których mowa w ust. 2 ze środków EFS+ (w tym cross-financingu) nie jest możliwe finansowanie kosztów związanych z budową, adaptacją i remontem budynków i pomieszczeń w budynkach, w których jest prowadzona długoterminowa opieka całodobowa.
4. Szczegółowe zasady kwalifikowalności wydatków:
 - 1) wszelkie wydatki ponoszone w projektach nie mogą wzmacniać potencjału instytucji opieki całodobowej;
 - 2) wydatki ponoszone w ramach cross-financingu są możliwe do rozliczenia wyłącznie w części bezpośrednio związanej z tworzeniem miejsc świadczenia usług poza infrastrukturą placówki świadczącej opiekę instytucjonalną (nie mogą dotyczyć budynku, w którym jest prowadzona długoterminowa instytucjonalna opieka całodobowa); utworzenie miejsc świadczenia usług finansowane w ramach cross-financingu objęte jest 5-letnim okresem trwałości;
 - 3) w przypadku realizacji projektu polegającego na udostępnieniu zasobów instytucjonalnych na rzecz usług świadczonych w środowisku zamieszkania niedozwolone jest finansowanie kosztów zakupu wyposażenia na potrzeby placówki świadczącej opiekę instytucjonalną; możliwy jest zakup wyposażenia wyłącznie w celu świadczenia usług w formie zdeinstytucjonalizowanej/ środowiskowej na rzecz osób niezamieszkujących w instytucji; wyposażenie nie może być użytkowane w budynkach, w których są realizowane usługi opieki instytucjonalnej długoterminowej oraz przez mieszkańców korzystających z tej opieki;
 - 4) zaleca się współpracę DPS w realizacji usług świadczonych w społeczności lokalnej z PES;
 - 5) koszty związane z angażowaniem personelu mogą być kwalifikowalne wyłącznie w zakresie świadczenia usług w społeczności lokalnej lub realizacji opieki wytchnieniowej w formie krótkookresowego pobytu; zatem dopuszczalne jest zatrudnianie nowych realizatorów usług w ramach umowy o pracę lub delegowanie osób wykonujących dotychczas pracę na rzecz usług opieki instytucjonalnej do pracy w społeczności lokalnej, jednak w przypadku delegowania w części etatu – wymagana jest szczegółowa ewidencja czasu pracy;
 - 6) działania projektowe mogą być wykonywane przez realizatorów usług świadczonych w społeczności lokalnej w ramach umów cywilno-prawnych; w takim przypadku stosuje się procedury wyboru wykonawców zgodnie z Wytocznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027;
 - 7) dopuszczalne jest rozliczanie w ramach kosztów bezpośrednich projektu kosztów mediów oraz kosztów niezbędnych do prowadzenia zajęć (np. środków czystości), w ramach wykorzystania pomieszczeń terapeutycznych, pomieszczeń służących rehabilitacji, wraz z niezbędnym wyposażeniem do realizacji zajęć terapeutycznych dla osób niezamieszkujących w DPS;

konieczne jest jednak wskazanie przez Beneficjenta szczegółowej metodyki proporcjonalnego rozliczania kosztów.

Sekcja III.1.7 Wsparcie towarzyszące

1. Wsparcie towarzyszące realizowane jest jako element kompleksowego wsparcia uczestnika projektu.
2. Do wsparcia towarzyszącego zaliczamy m.in.:
 - 1) usługi informacyjne i doradcze np. w formie poradnictwa;
 - 2) usługi dowożenia posiłków;
 - 3) transport indywidualny typu door-to-door²²;
 - 4) teleopiekę/systemy przywoławcze;
 - 5) wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego.
3. Dopuszczalne jest finansowanie działań umożliwiających pozostanie osób z niepełnosprawnością i osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w społeczności lokalnej, pozwalających tym osobom na w miarę możliwości samodzielne funkcjonowanie, w tym działania zwiększające mobilność, autonomię i bezpieczeństwo tych osób takie jak np. likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania (mieszkania adaptowalne²³).

Podrozdział III.2 Usługi zdrowotne

1. Odbiorcami usług zdrowotnych są osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej przy świadczeniu usług zdrowotnych należy zastosować **skalę Barthel**, która została szczegółowo opisana w **załączniku nr XII** do regulaminu wyboru projektów. Bierze się w niej pod uwagę podstawowe czynności dnia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się (po powierzchniach płaskich), wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych.

Do projektu mogą być kwalifikowane osoby, które otrzymały od 0 do 80 punktów wg skali Barthel.

²² Usługa door-to-door to usługa indywidualnego transportu osoby z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności, obejmująca pomoc w wydostaniu się z mieszkania lub innego miejsca, przejazd i pomoc w dotarciu do miejsca docelowego. Pojęcie indywidualnego transportu obejmuje również sytuacje, w których z transportu korzysta w tym samym czasie – o ile pozwalają na to warunki pojazdu – kilka osób uprawnionych, jadąc z kilku lokalizacji do wspólnego miejsca docelowego.

²³ Mieszkanie adaptowalne to mieszkanie, w którym wyeliminowano bariery, jakie napotykały w nich osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w celu umożliwienia tym osobom dalszego niezależnego życia w swojej społeczności. Mieszkaniem adaptowalnym nie są mieszkania treningowe oraz mieszkania wspomagane.

2. Działania w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych powinny skupiać się na rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, w szczególności na wsparciu:
 - 1) działalności lub tworzeniu nowych pozainstytucjonalnych miejsc opieki medycznej dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób starszych;
 - 2) w zakresie opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej;
 - 3) opieki paliatywnej i hospicyjnej w formach zdeinstytucjonalizowanych;
 - 4) opiekunów prawnych lub faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (np. wsparcie psychologiczne, szkolenia w zakresie prawidłowego udzielania codziennej opieki).
3. **Finansowanie usług zdrowotnych jest możliwe w zakresie działań o charakterze diagnostycznym lub profilaktycznym, zaś finansowanie leczenia jest możliwe wyłącznie w ramach opieki długoterminowej, w tym hospicyjno-paliatywnej, świadczonej w formie środowiskowej, jako wsparcie towarzyszące.**
4. Usługi zdrowotne o charakterze diagnostycznym lub profilaktycznym to takie, których celem jest utrzymanie zdrowia, dobrego samopoczucia oraz zapobieganie lub unikanie ryzyka choroby, urazu i przedwczesnej śmierci.

Diagnostyka obejmuje szereg metod i technik, w tym badania laboratoryjne (takie jak badania krwi i moczu), badania obrazowe (takie jak mammografia i tomografia komputerowa), endoskopia (np. kolonoskopia, bronchoskopia) i biopsja.

Należy pamiętać, że usługi zdrowotne o charakterze diagnostycznym lub profilaktycznym nie mogą obejmować leczenia. Leczeniem mogą zostać objęci uczestnicy projektu, którzy zostaną zakwalifikowani do opieki długoterminowej.
5. Nie jest możliwe sfinansowanie zakupu leków dla uczestników projektu.
6. Opieka długoterminowa – to zakres usług udzielanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym przewlekle chorym, które przez dłuższy czas potrzebują pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego, a które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opiekę tę stanowią usługi zdrowotne lub społeczne polegające na świadczeniu w szczególności:
 - 1) długotrwałej opieki pielęgniarstwa;
 - 2) rehabilitacji;
 - 3) świadczeń terapeutycznych;
 - 4) usług pielęgnacyjnych, opiekuńczych oraz innych usług wspierających osoby;
 - 5) kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego.

Opieka ta może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny i pracowników świadczących usługi opiekuńcze) lub opiekunów faktycznych (rodzinę, osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą, bliskich, wolontariuszy).

Pielęgniarska opieka długoterminowa musi odbywać się zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

7. Wsparcie w zakresie długoterminowej opieki domowej, w tym pielęgniarskiej opieki długoterminowej nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu nie może spowodować:
 - 1) zmniejszenia dotychczasowego finansowania tych usług przez Beneficjenta;
 - 2) zastąpienia środkami projektu dotychczasowego finansowania usług ze środków innych niż europejskie.
8. Wnioskodawca realizując wsparcie usług zdrowotnych nie może finansować usług opieki instytucjonalnej, tzn. że w ramach projektu nie mogą być tworzone nowe miejsca opieki w formach instytucjonalnych, nie mogą być również utrzymywane istniejące miejsca w tych placówkach oraz nie mogą być realizowane usługi na rzecz osób w nich przebywających, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Wnioskodawca może umożliwić wsparcie w zakresie świadczenia usług zdrowotnych dla osób będących w opiece instytucjonalnej **wyłącznie** w celu przejścia tych osób do opieki realizowanej w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej. Wsparcie to musi przyczyniać się do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej.
10. Świadczenia zdrowotne, w tym świadczenia rehabilitacyjne realizowane w warunkach ambulatoryjnych oraz domowych, w szczególności skierowane do osób z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, udzielane w ramach projektu finansowanego ze środków EFS+, muszą być realizowane zgodnie z przepisami aktów wykonawczych wydanych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265, z późn. zm.).
11. Możliwość objęcia danym rodzajem świadczeń opieki zdrowotnej zależy od indywidualnego stanu zdrowia i zaleceń medycznych oraz możliwości opiekuńczo-bytowych uczestnika projektu.
12. Przez opiekę paliatywną i hospicyjną należy rozumieć wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby.

Realizowane działania muszą odbywać się zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Celem świadczeń jest poprawa jakości życia, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, zapobieganie oraz uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych (z zastrzeżeniem, że koszty zakupu środków farmakologicznych ponosi pacjent). Świadczenia te mogą obejmować także wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia, po śmierci chorego. Wsparcie z EFS+ nie może prowadzić do wystąpienia podwójnego finansowania świadczeń zagwarantowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a działania projektowe muszą być prowadzone uzupełniająco do świadczeń finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

13. Wnioskodawca w ramach projektu może również zaplanować przygotowanie i tworzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego, połączonego z doradztwem w doborze sprzętu, treningami z zakresu samoobsługi wypożyczonego sprzętu oraz przygotowanie warunków do opieki domowej.
14. W ramach projektu możliwe jest zapewnienie transportu dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub personelu sprawującego opiekę, związanego bezpośrednio z usługami zdrowotnymi świadczonymi osobie potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Podrozdział III.3 Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych

1. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr jest możliwe jako uzupełnienie projektu i tylko na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej.
2. Wsparcie kadr medycznych i niemedycznych (w tym m.in. kadr administracyjnych i zarządzających) może być udzielane **jedynie jako element kompleksowego projektu** (np. w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, w tym pielęgniarstwa długoterminowego czy rehabilitacji). Wsparcie tego rodzaju musi być niezbędne do zrealizowania całości zaplanowanej interwencji (projektu).
3. Osoba korzystająca ze wsparcia szkoleniowego nie może otrzymywać jednocześnie analogicznego wsparcia z innych programów finansowanych ze środków polityki spójności (np. w ramach działania 2.21 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 lub w programie Fundusze Europejskie na Rozwój Cyfrowy 2021-2027 lub programie Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 oraz z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności).
4. Osoby świadczące usługi na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu można objąć m.in. następującym wsparciem:

- 1) kursami lub szkoleniami np.:
 - a) asystent/-ka osób starszych, chorych i niesamodzielnych,
 - b) opiekun/-ka osób starszych, chorych i niesamodzielnych,
 - c) opiekun/-ka środowiskowy/-kowa,
 - d) pierwsza pomoc przedmedyczna;
 - 2) warsztatami;
 - 3) usługą superwizji;
 - 4) seminariami.
5. Osoby, które świadczą lub są gotowe do świadczenia usług społecznych lub usług zdrowotnych w społeczności lokalnej po zakończeniu projektu, dzięki wsparciu EFS+ powinny być ujęte we wskaźniku rezultatu bezpośredniego „Liczba osób świadczących usługi w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w programie” – zgodnie z załącznikiem nr IV do regulaminu wyboru projektów.
- We wskaźniku należy objąć 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 lub pielęgnacyjne w miejscu zamieszkania, osoby świadczące usługi asystenckie, opiekunów faktycznych.
- We wskaźniku należy wykazywać:
- 1) osoby, które w ramach projektu zostały przygotowane do świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych (poprzez np. kurs lub szkolenie) oraz świadczą je po projekcie lub
 - 2) osoby, które po projekcie i dzięki realizacji projektu realizują usługi społeczne lub zdrowotne w nowym zakresie (w jakim nie realizowały ich przed projektem), w tym także osoby, które świadczyły usługi nieformalnie, a dzięki realizacji wsparcia, realizują je formalnie.

Podrozdział III.4 Lista gmin kwalifikujących się do objęcia wsparciem w pierwszej kolejności

1. Zgodnie z ust. 5 podrozdziału I.1, w pierwszej kolejności nastąpi wybór projektów, które będą realizowane **wyłącznie** na obszarach gmin nieobjętych wsparciem projektów dofinansowanych ze środków EFS+ w ramach naborów nr: FESW.09.04-IZ.00-001/24 i FESW.09.04-IZ.00-002/24.
2. Gminy kwalifikujące się do objęcia w pierwszej kolejności wsparciem projektowym to: Baćkowice, Bogoria, Dwikozy, Imielno, Iwaniska, Klimontów, Kluczewsko, Koprzywnica, Krasocin, Lipnik, Łonów, Łubnice, Moskorzew, Obrazów, Oleśnica, Opatów, Osiek, Ożarów, Połaniec, Radków, Rytwiany, Sadowie, Samborzec, Secemin, Sędziszów, Słupia, Sobków, Szydłów, Tarłów, Wilczyce, Włoszczowa, Wodzisław, Wojciechowice, Zawichost.