



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr I – Szczegółowe warunki realizacji przedsięwzięć dla Działania 09.04 – centrum usług społecznych

Spis treści

Rozdział I Typy projektów	2
Rozdział II Zasady dotyczące działań związanych z tworzeniem CUS oraz wsparciem świadczonych przez nie usług.....	2
Rozdział III Szczegółowa charakterystyka poszczególnych typów projektów	4
III.1 Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze	4
świadczaniem usług społecznych i/lub zdrowotnych na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej, w tym personelu opieki długoterminowej (typ projektu nr 2)	4
III.2 Tworzenie nowych CUS (typ projektu nr 3b)	5
Rozdział IV Mieszkania.....	8
IV.I Mieszkania zasady ogólne.....	8
IV.II Minimalne standardy pomieszczeń w mieszkaniach z usługami/ ze wsparciem – zasady szczegółowe	10
IV.II.1 Minimalne standardy usług - mieszkania ze wsparciem.....	11
IV.II.2 Minimalne standardy usług – mieszkania z usługami.....	11
Rozdział V Dzienny dom pomocy.....	12
Rozdział VI Dzienny dom wsparcia osób z chorobami otępiennymi	15
Rozdział VII Usługi zdrowotne	17

Rozdział I Typy projektów

Wsparciem w ramach naboru mogą zostać objęte następujące typy projektów:

- 1) podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i/lub zdrowotnych na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej, w tym personelu opieki długoterminowej (nie może być realizowany jako samodzielne przedsięwzięcie) (typ projektu nr 2);
- 2) tworzenie nowych CUS (typ projektu nr 3b).

Rozdział II Zasady dotyczące działań związanych z tworzeniem CUS oraz wsparciem świadczonych przez nie usług

1. Działania związane z tworzeniem CUS oraz wsparciem świadczonych przez nie usług muszą być realizowane zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych.
2. Maksymalna wartość projektu wynosi 10 000 000 PLN.
3. Rekomenduje się aby realizacja projektu rozpoczęła się nie wcześniej niż od 01.01.2026 r.
4. Wnioskodawca zapewnia, że w przypadku usług finansowanych ze środków EFS+ będą one realizowane przez CUS zgodnie z [„Wytocznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027”](#) w szczególności zgodnie z Rozdziałem 4. Zasady interwencji EFS+ w obszarze włączenia społecznego.
5. W przypadku wsparcia usług realizowanych przez CUS, mogą być finansowane usługi wchodzące w zakres interwencji EFS+ obejmujące usługi z zakresu:
 - 1) wsparcia rodziny i pieczy zastępczej;
 - 2) wsparcia osób z niepełnosprawnościami, osób starszych;
 - 3) usług w mieszkaniach wspomaganych, treningowych oraz mieszkaniach z usługami lub ze wsparciem;
 - 4) usług zdrowotnych i opiekuńczych;
 - 5) wsparcia opiekunów faktycznych;
 - 6) aktywizacji zawodowej i reintegracji społeczno-zawodowej.
6. Usługi z zakresu aktywizacji zawodowej oraz reintegracji społeczno-zawodowej powinny mieć charakter uzupełniający¹.
7. Finansowanie usług zdrowotnych jest możliwe w zakresie działań o charakterze diagnostycznym lub profilaktycznym, zaś finansowanie leczenia jest możliwe wyłącznie w ramach opieki długoterminowej, jako wsparcie towarzyszące.

¹ W projektach z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dana osoba nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.

8. Zgodnie z kryterium dostępu nr 3 Wnioskodawca zapewnia, że CUS koordynuje usługi społeczne i zdrowotne w przypadku, gdy obie kategorie usług są oferowane w danym CUS².
9. W ramach wsparcia usług realizowanych przez CUS nie są finansowane usługi opieki instytucjonalnej³.
10. Wnioskodawca zobowiązany jest do zaangażowania adekwatnej liczby koordynatorów indywidualnych planów usług społecznych (KIPUS) względem liczby osób korzystających z CUS.
11. Wsparcie dotyczące świadczenia usług musi być dostosowane do indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji odbiorców tych usług (zwłaszcza w przypadku osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i osób z niepełnosprawnościami).
12. W przypadku Klubu Seniora rodzaj wsparcia powinien wynikać z diagnozy potrzeb osób, które zostaną objęte wsparciem i planu wdrażania CUS lub programu usług społecznych. Wnioskodawca w ramach Klubu Seniora (poza działaniami podtrzymującymi aktywność i samodzielność osób starszych) powinien zapewnić co najmniej realizację usług opiekuńczych, asystenckich lub zdrowotnych.
13. Niezbędne jest dopasowanie wsparcia dla osób wykluczonych komunikacyjnie.
14. **WAŻNE** – w celu uniknięcia podwójnego finansowania nie jest możliwe objęcie w projekcie uczestnika taką samą formą wsparcia z jakiej korzysta równocześnie w innym projekcie współfinansowanym z EFS+.

² We wniosku o dofinansowanie projektu należy poza deklaracją w tym zakresie wskazać również sposób realizacji przedmiotowego wymogu.

³ Z wyjątkiem opieki wychowawczej w formie krótkookresowego pobytu. 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,
 - 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:

- a) dom pomocy społecznej, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- b) 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Pojęcie opieki instytucjonalnej długoterminowej należy rozumieć jako opiekę świadczoną powyżej 60 dni w roku kalendarzowym.

15. Beneficjent zobowiązany jest do wprowadzenia danych uczestników do Systemu Monitorowania EFS (SM EFS) (link do strony) w momencie ich zrekrutowania do udziału w projekcie. Niewprowadzanie danych na bieżąco może spowodować ryzyko niekwalifikowalności uczestników w zakresie wsparcia finansowanego z EFS+.
16. Wnioskodawca przy opracowaniu przedsięwzięć projektowych powinien uwzględnić demarkację i komplementarność z działaniami w ramach FERS Działanie FERS.04.13 Wysokiej jakości system włączenia społecznego.

Rozdział III Szczegółowa charakterystyka poszczególnych typów projektów

III.1 Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i/lub zdrowotnych na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej, w tym personelu opieki długoterminowej (typ projektu nr 2)

1. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji planowane w ramach typu projektu nr 2:
 - 1) obejmuje m.in. kursy i/lub szkolenia podnoszące kompetencje i kwalifikacje osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i/lub zdrowotnych w ramach CUS;
 - 2) nie może być realizowane jako samodzielne przedsięwzięcie, lecz musi być ściśle powiązane z działaniami zakładanymi w typie projektu nr 3b.
2. Osoba korzystająca ze wsparcia szkoleniowego nie może otrzymywać jednocześnie analogicznego wsparcia z innych programów finansowanych ze środków polityki spójności (np. w ramach 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).
3. Zaplanowanie w ramach projektu działań dotyczących podnoszenia kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych lub zdrowotnych musi zostać uzasadnione w treści wniosku o dofinansowanie projektu i może dotyczyć tylko usług świadczonych w społeczności lokalnej – zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji.
4. Wsparcie kadr medycznych i niemedycznych 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).
5. Osoby świadczące usługi na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu można objąć m.in. następującym wsparciem:
 - 1) kursami/szkoleniami np.:

- a) na asystenta osób starszych, chorych i niesamodzielnych,
 - b) na opiekuna osób starszych, chorych i niesamodzielnych,
 - c) na opiekuna środowiskowego,
 - d) pierwszej pomocy przedmedycznej;
- 2) warsztatami;
 - 3) seminariami.
6. Przewidziane w projekcie szkolenia nakierowane na zdobycie konkretnych kompetencji lub kwalifikacji powinny zakończyć się potwierdzeniem zdobytej wiedzy i uzyskanych kwalifikacji czy kompetencji (odpowiednim dokumentem potwierdzającym nabycie odpowiednio kwalifikacji albo kompetencji). Nabycie kwalifikacji lub kompetencji będzie weryfikowane i potwierdzane zgodnie z zasadami wskazanymi w załączniku 2 Podstawowe informacje dotyczące uzyskiwania kwalifikacji w ramach projektów współfinansowanych z EFS+ do Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027 ([link do strony](#)).
7. 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.
8. We wskaźniku o którym mowa w ust. 7, 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 zakończeniu projektu 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.

III.2 Tworzenie nowych CUS (typ projektu nr 3b)

1. W ramach typu projektu nr 3b – tworzenie nowych CUS przyjmuje się, że Wnioskodawca będzie realizował projekt, uwzględniając we wniosku o dofinansowanie projektu wszystkie poniżej wskazane kamienie milowe:

- 1) kamień milowy nr 1** - etap czynności przygotowawczych i utworzenie CUS (około 6 miesięcy od daty rozpoczęcia realizacji projektu), na który składa się m.in.:
 - a) przeprowadzenie lokalnej diagnozy potrzeb i potencjału wspólnoty samorządowej w zakresie usług społecznych m.in.: sposób funkcjonowania jednostek gminnych, możliwości wykorzystania NGO i innych podmiotów działających na terenie gminy,
 - b) opracowanie dokumentu pn. plan wdrażania CUS,
 - c) utworzenie CUS (nadanie tego statutu przez radę gminy w drodze uchwały);
 - 2) kamień milowy nr 2** – etap realizacji planu wdrażania CUS oraz świadczenia usług społecznych, w tym realizacji wybranych usług przez CUS dla uczestników projektu (w ciągu około 12 miesięcy od zrealizowania kamienia milowego nr 1);
 - 3) kamień milowy nr 3** – etap przeglądu świadczonych usług, aktualizacji i realizacji Planu Wdrażania CUS – dalszego świadczenia usług społecznych oraz opracowania programu usług społecznych oraz monitorowanie wykonania wskaźników (w ciągu około 10 miesięcy od momentu zrealizowania kamienia milowego nr 2);
 - 4) kamień milowy nr 4** – etap świadczenia usług, monitorowania wykonania wskaźników (weryfikacja wykonania wskaźników co najmniej raz na dwa miesiące od momentu realizacji kamienia milowego nr 3 do chwili zakończenia realizacji projektu).
2. Wnioskodawca zobowiązany jest do opracowania w ramach projektu planu wdrażania CUS, który będzie zawierał m.in.: następujące elementy:
- 1) katalog usług społecznych opracowany na podstawie diagnozy potrzeb i potencjału gminy;
 - 2) zasoby potencjalnych partnerów CUS;
 - 3) cele, jakie mają być osiągnięte w ramach działania CUS i sposoby ich pomiaru;
 - 4) planowany katalog usług społecznych do wdrożenia w ramach CUS;
 - 5) plan finansowy;
 - 6) założenia do programu usług społecznych;
 - 7) założenia planu organizowania społeczności lokalnej w ramach CUS;
 - 8) metody dotarcia do różnych grup odbiorców;
 - 9) sposoby pozyskiwania i zarządzania informacjami przydatnymi dla potencjalnych grup odbiorców;
 - 10) założenia sposobu realizacji indywidualnych planów usług społecznych;
 - 11) plan i sposób monitorowania usług świadczonych w ramach CUS;

- 12) podział zadań i obowiązków pomiędzy partnerów planu wdrażania CUS (jeśli dotyczy);
 - 13) zasady współpracy między jednostkami zajmującymi się świadczeniami i usługami;
 - 14) plan podnoszenia kwalifikacji i nabycia umiejętności przez zespół CUS.
3. Wnioskodawca zobowiązany jest do opracowania w ramach projektu programu usług społecznych (kamień milowy nr 3). Program usług społecznych powinien być przygotowany wspólnie z przedstawicielami społeczności lokalnej, a także poddany konsultacjom publicznym.
 4. Wsparcie dla nowoutworzonych CUS obejmuje w szczególności:
 - 1) finansowanie opracowania lokalnej diagnozy potrzeb i potencjału wspólnoty samorządowej w zakresie usług społecznych;
 - 2) utworzenie planu wdrażania CUS oraz programu usług społecznych;
 - 3) finansowanie kosztów związanych ze świadczeniem usług;
 - 4) finansowanie wynagrodzeń organizatora usług społecznych (OUS), koordynatora indywidualnych planów usług społecznych (KIPUS) oraz organizatora społeczności lokalnej (OSL);
 - 5) sfinansowanie części wynagrodzenia dyrektora CUS proporcjonalnie do zakresu jego obowiązków dotyczących wyłącznie CUS⁴;
 - 6) pokrycie kosztów transportu związanych ze świadczeniem usług mobilnych np. dla koordynatora indywidualnych planów usług społecznych.
 5. Koszty usług społecznych⁵ świadczonych w społeczności lokalnej (zgodnie z zasadą deinstytucjonalizacji) muszą stanowić co najmniej 80% kosztów bezpośrednich projektu⁶.

Uwaga – wydatki objęte cross-finansowaniem oraz koszty utworzenia CUS nie mogą być wliczane do kosztów usług społecznych.

Do kosztów związanych ze świadczeniem usług społecznych zalicza się m.in.: zatrudnienie koordynatorów indywidualnych planów usług społecznych (KIPUS) oraz organizatorów społeczności lokalnej (OSL). Pozostałe środki (20% kosztów bezpośrednich) można przeznaczyć np.: na sfinansowanie opracowania lokalnej diagnozy potrzeb i potencjału wspólnoty samorządowej w zakresie usług społecznych, koszty utworzenia CUS, na wynagrodzenie organizatora usług społecznych, sprzęt/wyposażenie czy adaptację pomieszczeń (np.: przygotowanie pomieszczeń pod nowe miejsca pracy).

Rekomendujemy aby utworzyć osobne zadania dotyczące odpowiednio utworzenia CUS oraz realizacji usług.

⁴ Możliwe jest sfinansowanie wydatków związanych z funkcjonowaniem CUS jako podmiotu koordynującego usługi społeczne na podstawie ustawy o CUS. Nie ma możliwości finansowania wydatków związanych z realizacją obowiązków wynikających z ustawy o pomocy społecznej.

⁵ W tym usług zdrowotnych jeśli będą realizowane.

⁶ Rekomendujemy w nazwie wydatku wskazanie czy jest on zaliczony do usług społecznych.

6. Projekt musi zakładać, że co najmniej 30% środków zaplanowanych na finansowanie usług społecznych jest przeznaczonych na zlecenie realizacji usług organizacjom pozarządowym lub podmiotom ekonomii społecznej (PES)⁷.

W trakcie realizacji projektu rodzaj usług zlecanych organizacjom pozarządowym oraz PES-om może ulec zmianie, z zastrzeżeniem wymogu zachowania poziomu co najmniej 30%.

Wnioskodawca zobowiązany jest do wskazania we wniosku o dofinansowanie projektu w części dotyczącej uzasadnienia wydatków, które z usług będą zlecane ww. podmiotom.

7. Gmina może zaplanować odpłatności za usługi społeczne realizowane w projekcie pod warunkiem zaplanowania ich we wniosku o dofinansowanie projektu oraz określenia zasad odpłatności. Zasady odpłatności muszą być uzależnione od sytuacji materialnej osób obejmowanych wsparciem, rodzaju usługi oraz specyfiki grupy docelowej. Opłaty te nie mogą stanowić bariery uczestnictwa w projekcie. Należy określić:
 - 1) grupy uczestników wobec których zaplanowano częściowe lub całkowite zwolnienie z opłat;
 - 2) tryb pobierania opłat; postanowienia dotyczące pobierania opłaty za usługi należy zawrzeć w planie wdrażania CUS oraz programie usług społecznych.

Opłaty za świadczenia usług stanowią wkład własny w projekcie i pomniejszają kwotę dofinansowania. Opłaty nie mogą stanowić więcej niż 10% kosztów świadczenia usługi lub wsparcia.

Rozdział IV Mieszkania

IV.1 Mieszkania zasady ogólne

1. Projekty uwzględniające wsparcie mieszkaniowe powinny dążyć do realizacji założeń Nowego Europejskiego Bauhausu⁸.
2. Wsparcie dla mieszkań treningowych i mieszkań wspomaganych oraz mieszkań z usługami/ze wsparciem polega na tworzeniu miejsc w nowo tworzonych lub istniejących mieszkaniach.
3. Wsparcie usług w ramach istniejących mieszkań treningowych, mieszkań wspomaganych lub mieszkań z usługami/ze wsparciem jest możliwe wyłącznie pod warunkiem zwiększenia liczby miejsc w danym mieszkaniu, bez pogorszenia

⁷ Podstawą do wyliczenia 30% nie jest wartość całego projektu. Wartość procentową należy wyliczyć wyłącznie od kosztów świadczenia usług społecznych (tj. 80%) takich jak np.: usługi opiekuńcze, asystenckie czy prowadzenie dziennych ośrodków wsparcia, a także koszty usług uzupełniających np. wypożyczalnia sprzętu. Wydatki objęte cross-financingiem oraz koszty utworzenia CUS nie mogą być wliczane do kosztów usług społecznych.

⁸ Nowy Europejski Bauhaus ma na celu stworzenie nowego stylu życia, zakładającego zgodność wzornictwa z zasadami zrównoważonego rozwoju, wymagającego mniejszych emisji dwutlenku węgla, sprzyjającego włączeniu społecznemu i przystępnego cenowo dla wszystkich, z poszanowaniem różnorodności w Europie i poza jej granicami ([link](#)).

jakości świadczonych usług lub w przypadku mieszkań treningowych, objęcia nowych osób, które dotychczas nie korzystały ze wsparcia.

4. Liczba miejsc w mieszkaniu (treningowym, wspomagany lub mieszkaniu z usługami/ze wsparciem) 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.
5. Mieszkania treningowe, mieszkania wspomagane oraz mieszkania z usługami/ze wsparciem nie mogą być zlokalizowane na nieruchomości, na której znajduje się placówka opieki instytucjonalnej.
6. W przypadku nieruchomości, w której znajduje się do 8 lokali włącznie, mieszkania treningowe, wspomagane oraz mieszkania z usługami/ze wsparciem 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 8⁹.
7. W przypadku mieszkań treningowych i wspomaganych, Wnioskodawca jest zobowiązany do stosowania standardu dotyczącego tej formy pomocy wynikającego z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy, chyba że postanowienia Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 stanowią inaczej.
8. W przypadku realizacji działań projektowych obejmujących mieszkania z usługami/ze wsparciem, Wnioskodawca jest zobowiązany do stosowania standardu określonego odpowiednio w podrozdziale II niniejszego załącznika i jego odpowiednich sekcjach (IV.II.1 lub IV.II.2 w zależności od rodzaju mieszkania).
9. Beneficjent zapewnia, że wsparcie w ramach projektu nie spowoduje:
 - 1) zmniejszenia dotychczasowego finansowania usług w formie mieszkań treningowych, wspomaganych lub mieszkań z usługami/ze wsparciem przez beneficjenta oraz
 - 2) zastąpienia środkami projektu dotychczasowego finansowania usług ze środków innych niż europejskie¹⁰.

⁹ Przykładowo dla budynku gdzie liczba lokali wynosi 44 - jeżeli mieszkania nie są jednoosobowe maksymalna liczba mieszkań treningowych, wspomaganych, ze wsparciem wynosi $4 + 25\% \cdot 40 = 14$. Jeżeli mieszkania są jednoosobowe to $8 + 25\% \cdot 36 = 17$.

¹⁰ Postanowienia ust. 9 nie dotyczą kontynuacji wsparcia realizowanego ze środków EFS+.

IV.II Minimalne standardy pomieszczeń w mieszkaniach z usługami/ ze wsparciem – zasady szczegółowe

1. Minimalna powierzchnia użytkowa przypadająca dla jednej osoby korzystającej ze wsparcia w mieszkaniu nie może być mniejsza niż 12 m².
2. Mieszkanie, oprócz pomieszczeń mieszkalnych, składa się z:
 - 1) ogólnodostępnej kuchni lub aneksu kuchennego;
 - 2) łazienki;
 - 3) wydzielonego ustępu lub miski ustępowej w łazience;
 - 4) przestrzeni komunikacji wewnętrznej.
3. W przypadku gdy mieszkanie składa się z więcej niż jednego pomieszczenia mieszkalnego i z jednego aneksu kuchennego, to aneks ten znajduje się w pomieszczeniu przeznaczonym do wspólnego użytku mieszkańców.
4. W przypadku gdy mieszkanie składa się z pomieszczeń mieszkalnych z aneksami kuchennymi, to aneksy te są przeznaczone do wyłącznego użytku osób zamieszkujących te pomieszczenia.
5. **Pomieszczenia w mieszkaniu, w którym ze wsparcia korzystają osoby niepełnosprawne, są dostosowane do ich potrzeb, a w przypadku korzystania ze wsparcia przez osoby niepełnosprawne fizycznie, pomieszczenia w mieszkaniu są pozbawione barier architektonicznych i dostępne dla tych osób z zewnątrz.**
6. W pomieszczeniu mieszkalnym każdej osobie zapewnia się co najmniej:
 - 1) łóżko lub tapczan;
 - 2) szafę ubraniową;
 - 3) szafkę nocną;
 - 4) stolik;
 - 5) krzesło lub fotel.
7. Ogólnodostępna kuchnia lub aneks kuchenny są wyposażone co najmniej w:
 - 1) kuchenkę;
 - 2) zlewozmywak;
 - 3) chłodziarkę;
 - 4) meble kuchenne, sprzęt i naczynia do przygotowywania i spożywania posiłków.
8. Łazienka jest wyposażona co najmniej w:
 - 1) wannę lub natrysk;
 - 2) umywalkę;
 - 3) miskę WC, jeżeli nie ma wydzielonej ubikacji;

- 4) odpowiednie uchwyty i siedziska niezbędne do korzystania z elementów wyposażenia łazienki - w przypadku gdy z mieszkania korzystają osoby niepełnosprawne, osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chore.
9. Wydzielona ubikacja jest wyposażona w umywalkę.
10. Mieszkania są wyposażone w pralkę automatyczną, a także telewizor lub komputer z dostępem do Internetu, mieszczący się w części ogólnodostępnej mieszkania lub w każdym pomieszczeniu mieszkalnym.

IV.II.1 Minimalne standardy usług¹¹ - mieszkania ze wsparciem

1. W ramach minimalnego standardu usług świadczonych w mieszkaniu ze wsparciem zapewnia się usługi polegające na nauce rozwijania lub utrwalania umiejętności praktycznych, służących prowadzeniu niezależnego życia, w zakresie:
 - 1) samoobsługi;
 - 2) zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, w tym przygotowywania posiłków;
 - 3) efektywnego zarządzania czasem;
 - 4) efektywnego zarządzania finansami;
 - 5) prowadzenia gospodarstwa domowego;
 - 6) załatwiania spraw osobistych i urzędowych;
 - 7) utrzymywania więzi rodzinnych;
 - 8) rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i rozwijania autonomii decyzyjnej;
 - 9) uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej;
 - 10) poszukiwania pracy oraz utrzymania zatrudnienia;
 - 11) poradnictwo prawne, psychologiczne i terapeutyczne.
2. Główne cele dla realizacji mieszkań ze wsparciem to zapewnienie stabilności i bezpieczeństwa mieszkaniowego, niezależne życie, zdrowienie i dobrostan psychiczny a także integracja społeczna.

IV.II.2 Minimalne standardy usług¹² – mieszkania z usługami

1. W ramach minimalnego standardu usług świadczonych w mieszkaniu z usługami zapewnia się usługi obejmujące pomoc: osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku lub przewlekle chorym w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu dotyczących:
 - 1) przemieszczania się;
 - 2) utrzymania higieny osobistej;

¹¹ Rodzaje udzielanego wsparcia powinny być elastyczne i dostosowane do zindywidualizowanych potrzeb.

¹² Rodzaje udzielanego wsparcia powinny być elastyczne i dostosowane do zindywidualizowanych potrzeb.

- 3) ubierania się;
 - 4) prania i sprzątania;
 - 5) zakupów i przygotowywania posiłków;
 - 6) załatwiania spraw osobistych i urzędowych.
2. W mieszkaniach z usługami osobom korzystającym ze wsparcia zapewnia się pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu dotyczących:
 - 1) zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych;
 - 2) efektywnego zarządzania czasem;
 - 3) prowadzenia gospodarstwa domowego;
 - 4) podjęcia i utrzymania zatrudnienia, w przypadku gdy osoba korzystająca ze wsparcia jest zdolna do wykonywania pracy.
 3. Osobom korzystającym ze wsparcia w mieszkaniu z usługami zapewnia się również realizację kontaktów społecznych przez umożliwienie im:
 - 1) utrzymywania więzi rodzinnych;
 - 2) uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej;
 - 3) rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i rozwijania autonomii decyzyjnej.
 4. Usługi, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, są świadczone na rzecz osób wymagających takich usług w różnych porach dnia i adekwatnie do występujących potrzeb przez 7 dni w tygodniu, jednak nie krócej niż przez 3 godziny dziennie, w godzinach od 6:00 do 22:00 przy czym ich liczba może ulec zmianie w zależności od sytuacji określonej przez pracownika socjalnego/ asystenta osoby potrzebującej wsparcia.
 5. Formuła funkcjonowania mieszkań z usługami jest oparta o rozwiązania dotyczące mieszkań treningowych i wspomaganych. Wprost wskazuje istotne funkcje tych mieszkań (np. interwencyjne, ochronne, opiekuńcze, wytchnieniowe, readaptacyjne), które nie wynikają bezpośrednio z rozwiązań ustawowych. Mogą być zatem znacznie bardziej elastyczne w kontekście dostarczanych usług dopasowując je do indywidualnych potrzeb.

Rozdział V Dzienny dom pomocy

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, pielęgniarzka, 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 przedmedycznej¹³.

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.

- 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.

¹³ Wskazane szkolenia mogą zostać sfinansowane w ramach 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.

Rozdział VI Dzienny dom wsparcia osób z chorobami otępiennymi

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 przedmedycznej¹⁴.

Minimalny standard zatrudnienia w dziennym domu wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi to co najmniej 1 opiekun na 5 podopiecznych,

¹⁴ Wskazane szkolenia mogą zostać sfinansowane w ramach projektu.

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.

- 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,
 - 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-financingu.

Rozdział VII Usługi zdrowotne

1. Finansowanie usług zdrowotnych jest możliwe w zakresie działań o charakterze diagnostycznym lub profilaktycznym, zaś finansowanie leczenia jest możliwe wyłącznie w ramach opieki długoterminowej, świadczonych w formie środowiskowej, jako wsparcie towarzyszące.
2. W ramach usług zdrowotnych nie ma możliwości realizacji gminnych programów profilaktycznych.
3. 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 m.in.: badanie krwi.

Usługi np.: stomatologiczne, rehabilitacyjne, psychologiczne o ile nie służą diagnostyce i profilaktyce nie powinny być finansowane w ramach projektu.

4. Wsparcie z EFS+ nie może prowadzić do wystąpienia podwójnego finansowania świadczeń zagwarantowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), a działania projektowe muszą być prowadzone uzupełniająco do świadczeń finansowanych z NFZ.
5. 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.
6. Nie jest możliwe sfinansowanie zakupu leków dla uczestników projektu.
7. 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.

8. Wsparcie w zakresie długoterminowej opieki domowej, w tym pielęgniarstwa 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.
9. 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. 10.