

Załącznik nr 15.2 do wniosku o dofinansowanie

**KONCEPCJA FUNKCJONOWANIA PLACÓWKI**

**Oś Priorytetowa: X Inwestycje w infrastrukturę społeczną**

**Działanie : 10.1. Infrastruktura społeczna na rzecz wyrównania nierówności w dostępie do usług**

**Poddziałanie: 10.1.2 Infrastruktura usług społecznych**

**Cel tematyczny:**

**Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją**

**Priorytet inwestycyjny: *9a***

**Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia   
z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnej**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | **Plan działania, sposób funkcjonowania i organizacji placówki.** |
| **B.** | **Analiza wewnątrzregionalna obejmująca swym zakresem diagnozę**  **problemów, potrzeb oraz trendów demograficznych w ujęciu terytorialnym.** |
| **C.** | **Opis planowanych grup docelowych i ich potrzeb.** |
| **D.** | **Struktura zatrudnienia.** |
| **E.** | **Zakres świadczonych usług przez poszczególne grupy personelu.** |
| **F.** | **Opis polityki cenowej.** |
| **G.** | **Planowana do stworzenia ilość miejsc całodobowego oraz dziennego pobytu.** |
| **H.** | **Odniesienie się do niefinansowania infrastruktury opieki instytucjonalnej oraz**  **do finansowania usług świadczonych w lokalnej społeczności.** |
| **I.** | **Dodatkowe informacje o placówce** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**A. Plan działania, sposób funkcjonowania i organizacji placówki.**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.1 Informacje na temat planu działania, sposobu funkcjonowania i organizacji placówki.** | |
| Prezentacja placówki - jej planu działania, sposobu funkcjonowania oraz organizacji wraz z opisem i podaniem podstawowych informacji dotyczących działalności, gospodarki finansowej itd. | |
| Charakter jednostki. |  |
| Przedmiot działalności. |  |
| Podstawy działania. |  |
| Warunki bytowe  (w tym infrastruktura dla osób niesamodzielnych oraz osób w stanie bardzo ciężkim). |  |
| Zasady przyjęcia do placówki. |  |
| Charakterystyka pobytów w placówce ( organizacja wydarzeń kulturalnych, sportowych w tym organizacja imprez  z możliwością udziału lokalnej społeczności). |  |
| Współpraca z innymi podmiotami (np. instytucjami pomocy i integracji społecznej, JST, partnerami społeczno-gospodarczymi, organizacjami pozarządowymi prowadzącymi statutową działalność w obszarze  usług społecznych) |  |
| Gospodarka finansowa placówki. |  |

**B. Analiza wewnątrzregionalna obejmująca swym zakresem diagnozę problemów, potrzeb oraz trendów demograficznych w ujęciu terytorialnym.**

|  |  |
| --- | --- |
| **B1. Analiza wewnątrzregionalna** | |
| W przypadku, gdy projekt dotyczy budowy nowej infrastruktury niezbędnej do rozwoju usług opieki nad osobami niesamodzielnymi Wnioskodawca zobligowany jest do realizacji zdań odbywających się w oparciu o analizę wewnątrzregionalną zawierającą diagnozę potrzeb oraz trendów demograficznych  ujęciu terytorialnym, z której wynika, iż zapewnienie infrastruktury nie jest możliwe w inny sposób. Niniejsza analiza stanowi załącznik nr 12 do Regulaminu konkursu. Analiza opisuje proces identyfikacji i oceny potrzeb w ujęciu terytorialnym. Ponadto odnosi się do występujących trendów demograficznych na analizowanym ,,terytorium’’ (rozumianym jako subregion). | |
| Diagnoza (analiza) potrzeb. |  |
| Diagnoza (analiza) trendów demograficznych w ujęciu terytorialnym. |  |

**C. Opis planowanych grup docelowych i ich potrzeb.**

|  |
| --- |
| **C.1 Planowane grupy docelowe** |
| Proszę o wskazanie grup docelowych.  Decyzja o tym, do kogo zdecydujemy się kierować projekt jest kluczowa i powinna następować równocześnie z analizą problemu oraz prawidłowym sformułowaniem celu. Grupa docelowa to ostateczni beneficjenci projektu, może to być grupa osób lub podmiotów, którzy będą korzystać z efektów projektu. |
|  |
|
|
|
| **C.2 Potrzeby planowanych grup docelowych.** |
| Proszę o opisanie potrzeb grup docelowych. Organizacja placówki, zakres i poziom usług świadczonych przez placówkę powinny uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców placówki, integracja społecznej ich potrzeby oraz stopień fizycznej i psychicznej sprawności. |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|

**D. Struktura zatrudnienia.**

|  |
| --- |
| **D.1 Opis struktury zatrudnienia.** |
| Proszę o przedstawienie charakterystyki stanu zatrudnienia w danej jednostce gospodarczej (placówce), zarówno pod względem miejsca zajmowanego  w hierarchii przedsiębiorstwa, jak i posiadanego wykształcenia, doświadczenia i umiejętności. Należy opisać podział zadań i kompetencji uwzględniając kwalifikacje personelu wobec m.in. pensjonariuszy w stanie bardzo ciężkim. |
|  |
|
|
|
|
|

**E. Zakres świadczonych usług przez poszczególne grupy personelu.**

|  |
| --- |
| **E.1 Wskazanie świadczonych usług przez poszczególne grupy personelu.** |
| Proszę o przedstawienie zakresu świadczonych usług przez poszczególne grupy personelu. Należy pamiętać o uwzględnieniu indywidualnych potrzeb  i możliwościach psychofizycznych mieszkańca placówki. Zakres poszczególnych grup należy szczegółowo opisać określając dodatkowo personel, który będzie odpowiedzialny za realizację usługi. Mogą to być m.in.: usługi lecznicze, rehabilitacyjne, rekreacyjne czy edukacyjne. |
|  |
|
|  |

**F. Opis polityki cenowej.**

|  |
| --- |
| **F.1 Polityka cenowa.** |
| Należy opisać ogólne podstawy i zasady ustalenia cen. Należy mieć na uwadze, iż ustalenie polityki cen wiąże się m.in. z celami jakie wyznacza sobie placówka  i które chce także przy pomocy cen uzyskać. |
|
|
|  |

**G. Planowana do stworzenia ilość miejsc całodobowego oraz dziennego pobytu (w tym dla osób w stanie bardzo ciężkim).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **G.1 .Ilość miejsc całodobowego/ dziennego pobytu** | | | | | |
| Należy podać ilość planowanych do stworzenia miejsc całodobowego/ dziennego pobytu. W przypadku miejsc całodobowego pobytu proszę opisać warunki bytowe osób korzystających z powstałej infrastruktury m.in. ilość pokoi jednoosobowych, wieloosobowych. Należy mieć na uwadze stworzenie miejsc opieki dla osób w stanie bardzo ciężkim. | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **H. Odniesienie do niefinansowania infrastruktury opieki instytucjonalnej  oraz do finansowania usług świadczonych w lokalnej społeczności.** | | | | | |
| **H.1 Niefinansowanie infrastruktury opieki instytucjonalnej.** | | | | | |
| Proszę o opisanie placówki opiekuńczo-pobytowej pod kątem liczby mieszkańców, świadczonych usług , wymagań i potrzeb mieszkańców, izolacji oraz kontroli mieszkańców w zakresie funkcjonowania placówki. Należy wykazać, że wskazana placówka nie dotyczy opieki instytucjonalnej zgodnie z definicją wskazaną w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020. | | | | | |
|  | | | | | |
| **H.2 Finansowanie usług świadczonych w lokalnej społeczności** | | | | | |
| Proszę o opisanie usług świadczonych w placówce opiekuńczo-pobytowej pod kątem niezależności życia mieszkańców w środowisku lokalnym, warunków pobytowych (najbardziej zbliżonych do domowych czy rodzinnych) podtrzymujących więzi rodzinne i sąsiedzkie, kontroli mieszkańców nad swoim życiem, indywidualnych potrzeb mieszkańców. Należy wykazać, że we wskazanej placówce gwarantuje się usługi świadczone w lokalnej społeczności rozumianej zgodnie z definicją Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS  i EFRR na lata 2014-2020. | | | | | |
|  | | | | | |

**I. Dodatkowe informacje o placówce.**

|  |
| --- |
| **I.1 Inne informacje.** |
| Należy uwzględnić wszystkie pozostałe informacje dotyczące placówki, które nie zostały wcześniej ujęte, a zdaniem Wnioskodawcy są istotne. |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczenie przedsiębiorcy (Wnioskodawcy):** | |
| Oświadczam(y), że wszelkie informacje przedstawione w niniejszym dokumencie są prawdziwe, przedstawione  w sposób rzetelny oraz przygotowane w oparciu o najpełniejszą wiedzę dotyczącą Wnioskodawcy oraz perspektyw  i możliwości jego rozwoju. | |
| Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do występowania w imieniu Wnioskodawcy: | |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja |  |
| Data |  |
| Podpis |  |
| Imię i Nazwisko |  |
| Funkcja |  |
| Data |  |
| Podpis |  |
| \* w razie konieczności należy powielić | |