

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PROPOZYCJI PROJEKTU

I. Informacje ogólne	
1. Tytuł projektu	Kujawsko - Pomorska Teleopieka Etap I
2. Podmiot zgłaszający	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu
3. Partnerzy projektu (jeśli dotyczy)	Samorządy gminne, uczelnia wyższa
4. Nazwa Programu	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 - 2027
5. Nr i nazwa Priorytetu	FEKP.08 FUNDUSZE EUROPEJSKIE NA WSPARCIE W OBSZARZE RYNKU PRACY, EDUKACJI I WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO
6. Nr i nazwa Działania	Działanie FEKP.08.24 USŁUGI SPOŁECZNE I ZDROWOTNE
7. Planowany sposób wyboru projektu (zaznacz właściwe)	<input type="checkbox"/> konkurencyjny lub <input checked="" type="checkbox"/> niekonkurencyjny
II. Opis projektu (opisz projekt w sposób treściwy i zwięzły - max 3 strony A.4.)	
1. Opis stanu istniejącego , z którego wynika potrzeba realizacji projektu, cel, efekty, uzasadnienie potrzeby realizacji projektu	<p>Prognozy demograficzne od kilku lat wskazują, że Polska jest jednym z najbardziej dynamicznie starzejących się krajów w Europie. Według tych danych, do 2050 roku procentowy udział ludności w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie obywateli wzrośnie aż dwukrotnie z 15,8% (2015 r.) do 32,7%, tj. z nieco ponad 6 mln do ponad 11 mln osób. Znacznie zwiększy się także udział w populacji osób najstarszych, w tzw. wieku sędziwym, czyli powyżej 80. roku życia. Ten trend obserwuje się również w województwie kujawsko-pomorskim, na przestrzeni ostatnich lat można było zaobserwować sukcesywny wzrost liczby osób starszych, świadczący o coraz bardziej postępującym zjawisku starzenia się społeczeństwa. Według danych GUS w 2021 roku w naszym województwie było już 456 597 osób w wieku poprodukcyjnym, co w porównaniu do 2018 roku oznacza wzrost o 20 057 osób (tj. wzrost o ok. 4,5 proc.) Prognozy demograficzne dla województwa kujawsko-pomorskiego w perspektywie do roku 2050 są niekorzystne. Przewiduje się dalszy spadek liczby ludności województwa o 13,6% mieszkańców, przy malejącym współczynniku przyrostu naturalnego i niskiej dzietności kobiet. Postępującym zjawiskiem będzie zmiana struktury demograficznej ludności przejawiającą się wzrostem odsetka osób w wieku poprodukcyjnym [stan obecny: 2021 r.- 22,6%, w 2018r.- 21,0%; prognozowany: 2035r.-22,9%, 2050r.-29,3%, GUS BDL 2014].</p> <p>Znaczącym problemem związanym z trendem zmian w strukturze społecznej jest singularyzacja starości, przejawiająca się wysokim odsetkiem osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Prognozy GUS dla Polski pokazują, iż w 2030 r. ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby 80 lat i więcej. Znacznie częściej w gospodarstwach jednoosobowych są i będą pozostawać kobiety. Proces singularyzacji odnoszący się do środowiska seniorów jest z pewnością aspektem, który ma istotne znaczenie w kontekście organizacji wsparcia w postaci usług teleopiekuńczych, telemedycznych czy też usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym w postaci dziennych opiekunów, pomocy sąsiedzkiej oraz wolontariatu opiekuńczego.</p>

Takie formy wsparcia są bowiem kierowane do osób samotnych oraz tych, którym rodzina nie może zapewnić odpowiedniego wsparcia i opieki. Powyższe analizy wskazują jednoznacznie na kierunki działań w obszarze polityki społecznej i usług dla osób starszych.

Priorytetowe znaczenie nabiera zatem intensyfikacja działań obecnych oraz poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań w tym zakresie.

W zakresie zapotrzebowania osób starszych na różnego rodzaju pomoc, należy uwzględnić potrzeby w zakresie nie tylko zwiększenia skali, ale również zapewnienia różnorodności form wsparcia, co pozwoli je dostosować do indywidualnych uwarunkowań.

Wychodząc naprzeciw zmianom demograficznym, związanym z systematycznym wzrostem populacji osób starszych w naszym społeczeństwie, wymuszającym konieczność wprowadzania zintensyfikowanych działań na rzecz tych osób, w tym zaangażowania nowatorskich rozwiązań, we współpracy z instytucjonalnymi i środowiskowymi formami pomocy, niezbędne jest odrębne działanie wspierające w postaci usług teleopiekuńczych z elementami wsparcia telemedycznego, dziennych opiekunów, pomocy sąsiedzkiej i wolontariatu opiekuńczego.

Wykorzystanie usług teleopiekuńczych czy też wsparcia w formie dziennych opiekunów, pomocy sąsiedzkiej wiąże się ze wzrostem poczucia bezpieczeństwa uczestników, a co za tym idzie, wzrostem samodzielności podopiecznych, gdyż na co dzień rezygnują z różnych aktywności z obawy, np. przed upadkiem i groźbą, że po upadku przez długi czas będą skazani na wielogodzinne oczekiwanie na pomoc. Z tego względu zdarza się, że o miejsce do całodobowych placówek ubiegają się osoby samotne, które mogłyby z powodzeniem jeszcze funkcjonować we własnym gospodarstwie domowym.

Beneficjent w latach 2021-2023 wdraża wspomniane formy wsparcia wśród niesamodzielnich osób starszych, mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Te rodzaje wsparcia cieszą się coraz większym zainteresowaniem i zaufaniem ze strony osób niesamodzielnich i ich rodzin.

Polski system zdrowotny nie jest przygotowany na wyzwania związane z rosnącą gwałtownie populacją osób w podeszłym wieku. Jeszcze nigdy w historii ludzkości nie mieliśmy do czynienia ze zjawiskiem demograficznym, które polega na tak szybkim wzroście średniej długości życia, w tak krótkim czasie. Istotnym problemem społecznym i medycznym stają się choroby, w których najistotniejszym czynnikiem ryzyka jest wiek.

Najlepszym przykładem jest choroba Alzheimera (AD). Stała się ona problemem społecznym dopiero pod koniec XX stulecia, gdyż wtedy tak dużo osób w populacji światowej osiągnęło wiek podwyższonego ryzyka manifestacji klinicznej choroby – w postaci zespołu otępiennego. Na początku XX wieku przewidywana średnia długość życia dla mężczyzny urodzonego w Wielkiej Brytanii wynosiła około 45 lat, natomiast obecnie wzrosła do prawie 80 lat. To chyba najlepiej obrazuje skalę zjawiska. Niestety, ani w Polsce, ani też globalnie nie radzimy sobie z ciężarem opieki nad osobami z chorobami neurozwyrodnieniowymi. Jest to opieka

niezmiernie kosztowna i nie mówimy tu tylko o kosztach bezpośrednich, takich jak farmakoterapia.

Co dziewiąta osoba powyżej 65 roku życia, zachoruje na Alzheimera. Powyżej 60 roku życia jedną osobę na sto, dotknie choroba Parkinsona. Każdy, kto dożyje 70 roku życia będzie borykać się z mniej lub bardziej poważnymi zaburzeniami pamięci i/lub zaburzeniami poznawczymi.

Nie istnieje skuteczny lek na chorobę Parkinsona czy Alzheimera. Choroby neurodegeneracyjne stanowią wyzwanie współczesnej medycyny, farmacji i biotechnologii. Naukowcom udało się wypracować schematy łagodzące objawy choroby lub przesuujące je w czasie. Ale kluczem w każdym z tych przypadków jest zawsze - wczesna diagnostyka.

W Polsce nie ma leczenia przyczynowego, jest tylko postępowanie objawowe CHOROÓB NEURODEGENERACYJNYCH. Nie jesteśmy więc zupełnie bezradni, jednak jak większość ludzi na całym świecie czekamy na cudowne lekarstwo, które pozwoli zapobiec chorobie i ją zahamować. Między innymi po to właśnie jest potrzebna wczesna diagnostyka, w tym z wykorzystaniem nieinwazyjnych metod tj. rezonans magnetyczny. Pozwoli ona na zastosowanie potencjalnego leku odpowiednio wcześniej, kiedy mózg nie jest jeszcze zbyt zniszczony przez chorobę.

Osoby geriatryczne, potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, mogą zmagać się z różnymi problemami związanymi z ich wiekiem, stanem zdrowia i niepełnosprawnością. Poniżej przedstawiamy niektóre z najczęstszych problemów:

1. Zaburzenia poznawcze: osoby starsze mogą zmagać się z zaburzeniami poznawczymi, takimi jak zaburzenia pamięci, trudności z koncentracją, problemami z logicznym myśleniem, co może utrudnić im wykonywanie codziennych czynności.
2. Problemy związane z mobilnością: osoby starsze mają trudności z poruszaniem się, co może być związane z chorobami takimi jak artretyzm, choroba Parkinsona czy choroby układu krążenia. To może utrudnić im codzienne czynności, takie jak robienie zakupów czy wizyty u lekarza.
3. Osłabienie siły mięśniowej i równowagi: wraz z wiekiem, osoby starsze mogą doświadczać osłabienia siły mięśniowej i równowagi, co zwiększa ryzyko upadków i poważnych obrażeń.
4. Problemy z opieką nad sobą: osoby starsze mogą mieć trudności z codziennymi czynnościami, takimi jak ubieranie się, kąpanie się czy gotowanie, co może wymagać pomocy innych osób.
5. Izolacja społeczna: osoby starsze, zwłaszcza te, które nie są już aktywne zawodowo, mogą mieć trudności z utrzymywaniem kontaktów z innymi ludźmi, co może prowadzić do izolacji i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego.
6. Problemy z lekami: osoby starsze, zwłaszcza te, które przyjmują wiele leków, mogą mieć trudności z przestrzeganiem złożonych schematów leczenia, co może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych.

	<p>Problemy finansowe: osoby starsze mogą mieć trudności finansowe, zwłaszcza jeśli są na emeryturze lub żyją z niskimi dochodami, co może wpłynąć na ich zdrowie i samopoczucie.</p> <p>Celem projektu będzie zwiększenie dostępu do usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym w postaci np. usług opiekuńczych, pomocy sąsiedzkiej, wolontariatu opiekuńczego przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii takich jak teleopieka dla 3000 potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w okresie od 01.01.2024-31.12.2026.</p>
<p>2. Przedstaw w punktach zakres zadań planowanych do realizacji w ramach projektu (pamiętaj o zachowaniu spójności z budżetem projektu)</p>	<p>Działania w ramach projektu:</p> <p>Działanie 1. Usługi społeczne świadczone w środowisku lokalnym</p> <p>W ramach zadania usługami społecznymi świadczonymi w środowisku lokalnym w postaci dziennego opiekuna, pomocy sąsiedzkiej, wolontariatu opiekuńczego zostanie objętych 1 846 potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Usługi społeczne świadczone będą przez wykwalifikowanych opiekunów, sąsiadów i wolontariuszy (dwie ostatnie grupy zostaną przeszkolone w ramach 8h szkolenia z zakresu realizowanych usług). W/w usługi (świadczone w oparciu o trójstronny kontrakt opracowany wspólnie z uczestnikiem i opiekunem), dostosowane będą swoim zakresem i formą do potrzeb i możliwości danej osoby, gwarantujące, że wymagania organizacyjne nie będą miały pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami uczestników (kryterium dostępu C4). Wymiar i czas świadczenia wsparcia dostosowany będzie do indywidualnych potrzeb uczestnika z gotowością świadczenia usług przez 7 dni w tygodniu (zgodnie z kryterium dostępu C8).</p> <p>Ostateczny kształt zadania będzie doprecyzowany na etapie przygotowania wniosku o dofinansowanie po wyborze Partnera krajowego (wyłonionego na podstawie otwartego naboru na Partnera krajowego spośród podmiotów określonych w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2023 r. poz. 571) – aktualnie w trakcie naboru), który będzie brał udział w opracowaniu koncepcji, przygotowaniu wniosku o dofinansowanie oraz wspólnej realizacji projektu.</p> <p>Jednocześnie Wnioskodawca deklaruje, że wsparcie w ramach projektu nie spowoduje zastąpienia środkami projektu dotychczasowego finansowania usług ze środków innych niż europejskie (kryterium dostępu C9).</p> <p>Działanie 2. Świadczenie usług w obszarze teleopieki</p> <p>W ramach zadania 2, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonować będzie Kujawsko-Pomorskie Telecentrum świadczące usługi teleopieki dla 3500 mieszkańców regionu potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Do teleopieki wykorzystywane będą urządzenia w postaci bransoletek wyposażonych m.in. w geolokalizację, pomiar tętna, ciśnienia, wykrywanie upadków, pomiar dziennej liczby kroków - monitoring aktywności, możliwość wywołania alarmu SOS i kontaktu z Telecentrum i/lub członkami rodziny, dwukierunkowa komunikacja. Usługi teleopieki w ramach Telecentrum świadczone będą przez kwalifikowaną kadrę, dzięki czemu będą one realizowane na</p>

najwyższym poziomie zapewniając uczestnikom poczucie bezpieczeństwa każdego dnia, o każdej porze dnia i nocy. Jednocześnie planowane jest również utworzenie infolinii wsparcia dla uczestników projektu, służącej do wysłuchania, przeciwdziałającej odizolowaniu i osamotnieniu uczestników. Z doświadczeń Beneficjenta wynika, że grupa docelowa miewa trudności z regularnym ładowaniem i dbaniem o urządzenia do teleopieki, stąd też Beneficjent zakłada, że w celu poprawnej realizacji zadania, pomocą w obsłudze nad urządzeniami będą służyć osoby świadczące usługi społeczne świadczone w środowisku lokalnym, pracownicy telecentrum czy też lokalni koordynatorzy obsługi.

Działanie 3. Świadczenie usług w obszarze telemedycyny

W ramach projektu uruchomiony zostanie Modelowy Opiekuńczy Ośrodek Skoordynowanej Telemedycyny (MOOST), w ramach którego podjęte zostaną następujące działania:

1. Analiza stanu zdrowia w oparciu o ankietę wstępną oraz uszczegóławiający audyt medyczny (ankietyzacja na formularzach online - dane od razu wpadają do systemu projektu - na tablecie podczas spotkania bezpośredniego, realizowanego przez studentów np. pielęgniarstwa, położnictwa, psychologii).
2. Przeprowadzenie audytu mieszkaniowego i medycznego przez studentów w sposób bezpośredni podczas prowadzenia audytu medycznego. Audyt będzie poprzedzony szkoleniem dla studentów w zakresie audytu medycznego oraz mieszkaniowego, opracowanych we współpracy z ekspertami (ankiety w oparciu o skale międzynarodowe).
3. Nawiązanie współpracy z POZ w zakresie kierowania pacjentów na badania i analizy wyników badań (opieka koordynowana, kontakt z lekarzem internistą), w celu wymiany i uzupełniania danych o pacjencie/uczestniku projektu, kierowaniu na badania w ramach NFZ (Ustawa Opieka Koordynowana w POZ, list intencyjny).
4. Ocena stanu zdrowia pacjenta w oparciu o punkt wyjściowy na podstawie badania krwi + kontrola co 6 mcy w celu porównania stanu zdrowia osoby starszej oraz identyfikacji postępu chorób neurodegeneracyjnych i prawidłowości stosowania leków (wskazanie pacjenta na badania w POZ)
5. Monitorowanie pracy serca pacjentów przy wykorzystaniu miniholterów.
6. Aplikacja do zbierania informacji w celu stałego nadzoru medycznego nad pacjentem - analiza zebranych dotąd danych z opasek pod kątem budowy Systemu Eksperckiego w oparciu o istniejący system z TELEOPIEKI, który pozwoli szybciej wychwycić niebezpieczne zachowania organizmu u osób starszych; stałe monitorowanie „uniwersalnych” parametrów życiowych osób starszych, np. spadek GBL = kontakt z osobą starszą; jeśli brak kontaktu wezwać ZRM; po analizie danych ustalić algorytm osób „z większym ryzykiem” w celu objęcia go dodatkowym wsparciem (częstsze monitorowanie wg określonego scenariusza rozmowy z wykorzystaniem tabletek); powołanie Zespołu ds. systemu eksperckiego.

7. Przygotowanie aplikacji do budowy profilu psychologicznego pacjenta - wywiady online z osobami chorymi, wywiad psychologiczny, interpretacja wyników badań w systemie.

8. Pilotaż diagnostyki neurodegeneracji u osób starszych, w tym wczesnych objawów Parkinsona, z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego.

Wyselekcjonowanie próby osób starszych na podstawie audytu medycznego:

- ankieta przesiewowa w kierunku neurodegeneracji

- dodatkowo dowóz osób na badanie z pozostałych rejonów WK-P.

Badania prowadzone będą na miejscu jednakże opis będzie udostępniony w systemie teleradiologii, który za zgodą uczestnika projektu będzie udostępniony lekarzowi prowadzącemu danego pacjenta w POZ, co zwiększy trafność stawianych diagnoz i skuteczność wybranych metod leczenia.

Dzięki telemedycynie lekarz prowadzący w POZ będzie mógł wymienić opinie z lekarzem prowadzącym pacjenta, co pozwoli na skierowanie podopiecznego na konkretne celowane zajęcia terapeutyczne i specjalistyczne.

9. Wykorzystanie aplikacji „Drogowskaz” powstałej celem umożliwienia całościowej oceny geriatrycznej pacjentów przygotowywanych do zabiegów operacyjnych w trybie planowym, za pośrednictwem urządzeń mobilnych. W skład aplikacji wchodzi wyselekcjonowane, zwalidowane i stosowane w codziennej praktyce klinicznej skale geriatryczne (Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS), Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego (ADL), Ocena złożonych czynności dnia codziennego (IADL), Kwestionariusz jakości snu Pittsburgh).

Aplikacja jest reakcją na zbyt niską częstość wykonywania całościowej oceny geriatrycznej wśród polskich seniorów, co zaniża rozpoznawalność wielu chorób czy zaburzeń codziennego funkcjonowania. Niewielki odsetek przebadanych seniorów wynika z niedoboru ośrodków wykonujących całościową ocenę geriatryczną, w odniesieniu do stale wzrastającej populacji osób w wieku zaawansowanym w Polsce. Odpowiedzią na dysproporcje mogą być rozwiązania z wykorzystaniem urządzeń mobilnych, takie jak opracowana aplikacja, które usprawniałyby proces całościowej oceny geriatrycznej.

10. Uruchomienie elektronicznej koperty życia.

Wnioskodawca zakłada finansowanie usług w ramach projektu w zakresie działań o charakterze diagnostycznym i profilaktycznym. W projekcie nie zakłada się finansowania leczenia.

Ostateczny kształt zadania będzie doprecyzowany na etapie przygotowania wniosku o dofinansowanie po wyborze Partnera publicznego, który będzie brał udział w opracowaniu koncepcji, przygotowaniu wniosku o dofinansowanie oraz wspólnej realizacji projektu.

	<p>Wnioskodawca zakłada możliwość przeprowadzenia prac remontowo budowlanych w ramach projektu, w celu implementacji pomieszczeń do prawidłowej realizacji działań projektowych.</p>
<p>3. Sposób zaangażowania partnerów (jeśli dotyczy)</p>	<p>Za realizację zadań skierowanych do potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego odpowiadać będą wspólnie Partner Wiodący, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratowniczego w Bydgoszczy (Partner 1), Realizatorzy projektu w imieniu swoich organów prowadzących (JST), Fundacja Ekspert – Kujawy w Inowrocławiu (Partner 3) oraz Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Partner 2).</p> <p>Partner 3 wyłoniony na podstawie otwartego naboru na Partnera krajowego spośród podmiotów określonych w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie Dz.U. z 2023 r. poz. 571 wraz z Partnerem Wiodącym odpowiedzialni będą za realizację zadania 1.</p> <p>Realizacja zadania 2 powierzona zostanie Partnerowi Wiodącemu, JST oraz Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratowniczego w Bydgoszczy.</p> <p>Zadanie 3 realizowane będzie przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu we współpracy z Partnerem Wiodącym.</p> <p>Jednostki Samorządu Terytorialnego odpowiedzialne będą w głównej mierze za przeprowadzenie merytorycznej rekrutacji na terenie swoich gmin, skompletowanie dokumentów niezbędnych do objęcia wsparciem w ramach projektu, poinstruowanie i przekazanie urządzeń do teleopieki uczestnikom projektu, a także wsparcie ich na etapie korzystania z usługi. Partner Wiodący wraz z Partnerem 1 będą współpracować przy świadczeniu usługi teleopieki w telecentrum (PW będzie odpowiedzialny za część serwisową i infolinię wsparcia, P1 natomiast za obsadę białego personelu w telecentrum).</p>
<p>4. Grupy docelowe/ ostateczni odbiorcy realizowanego projektu</p>	<p>Mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego potrzebujący wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności) i ich otoczenie, nie przebywający w opiece instytucjonalnej (zgodnie z kryterium dostępu C7).</p> <p>Wnioskodawca zakłada preferencyjne warunki wyboru dla osób:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; b) z niepełnosprawnością sprzężoną; c) z zaburzeniami psychicznymi; d) z niepełnosprawnością intelektualną; e) z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10); f) korzystające z programu FE PŻ; g) zamieszkujące samotnie; h) w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego).

<p>5. Miejsce realizacji oraz zasięg oddziaływania projektu (lokalny np. gminny; ponadlokalny; regionalny itp.)</p>	<p>Projekt o zasięgu regionalnym, miejscem realizacji będzie województwo kujawsko-pomorskie.</p>
<p>6. Zgodność z kluczowymi kryteriami wyboru projektów, zapisami SZOP, np. wykazanie zgodności z celem szczegółowym Programu, typami projektów itp. (prosimy o syntetyczny, zwięzły opis)</p>	<p>Celem szczegółowym działania jest „zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej.”</p> <p>Realizacja projektu będzie służyła:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwiększeniu dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, - opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej, - poprawie dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia.
<p>7. W przypadku planowanego wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny, o znaczeniu strategicznym, uzasadnij spełnienie przesłanek określonych w art. 44 ust. 2 ustawy wdrożeniowej, tj. czy projekt ma strategiczne znaczenie dla społeczno-gospodarczego rozwoju regionu lub obszaru objętego realizacją ZIT, IIT. Strategiczne znaczenie projektu musi wynikać z dokumentu, który służy wyznaczaniu celów i programowaniu polityk publicznych tj. strategii, planu, programu itp. (np. SRW, Regionalny Plan Transportowy, RIS 2021+, Polityka zdrowotna WK-P na lata 2021-2030 itd.). Projekt ma strategiczne znaczenie, jeśli:</p> <p>a) obejmuje działania, których podjęcie wprost przewidziano w tego rodzaju dokumencie i</p>	<p>1. Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku, Strategia Przyspieszenia 2030+: Cel główny: 2. Zdrowe, aktywne i zamożne społeczeństwo Cel operacyjny: 21. Aktywność społeczna i rozwój społeczeństwa obywatelskiego Kierunek działań: 2201. Rozwój struktur instytucjonalnych oraz potencjału nieinstytucjonalnego w zakresie działalności opiekuńczych, adekwatnie do zwiększających się potrzeb. Kierunek działań: 2202. Dopasowanie liczby osób pracujących w obszarze pomocy społecznej i integracji, w tym w obszarze działalności opiekuńczych oraz kwalifikacji tych osób do rzeczywistych potrzeb społecznych. Kierunek działań: 2204. Poszukiwanie i upowszechnianie niestandardowych form pomocy w obszarze pomocy społecznej i integracji. Obszar Strategicznej Interwencji (OSI): nie dotyczy Projekt wpisany na listę projektów kluczowych SRW pod pozycją: 212</p> <p>2. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030r.) Cel główny: Tworzenie warunków dla wzrostu dochodów mieszkańców Polski przy jednoczesnym wzroście spójności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, środowiskowym i terytorialnym Cel szczegółowy II. Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony Kierunek działań: Poprawa dostępności usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne. Cel szczegółowy: Redukcja ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawa dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne.</p>

<p>znacząco przyczynia się do osiągnięcia założonych w dokumencie celów albo</p> <p>b) dokument taki zawiera informacje na jego temat (np. określa nazwę lub cel projektu). Przykład: projekt został wpisany na listę projektów kluczowych w danym dokumencie.</p>	<p>Kierunek: Poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych</p> <p>Kierunek działań: Poprawa dostępu do produktów i usług umożliwiających mobilność społeczną i zawodową, oraz zwiększających autonomię funkcjonowania społecznego (np. teleopieki, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu kompensacyjnego, innowacyjnych technologii wspomagających dla osób starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych, bezpiecznych środków/usług transportowych, nowoczesnego sprzętu komputerowego).</p> <p>3. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030</p> <p>Cel główny: 1. Zwiększenie spójności rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym, środowiskowym i przestrzennym.</p> <p>Cel szczegółowy: 1.5.3. Infrastruktura społeczna</p> <p>Cel główny: 2. Wzmacnianie regionalnych przewag konkurencyjnych</p> <p>Cel szczegółowy: 2.1.3. Zwiększanie zasobów rynku pracy i rozwój kapitału społecznego.</p> <p>4. Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027 polityka publiczna z perspektywą do roku 2030</p> <p>Priorytet III. Usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnościami, osób starszych i innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.</p> <p>Cel: rozwój usług środowiskowych dla osób, które potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</p> <p>Działanie 3.3. Rozwój usług środowiskowych, dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach systemu pomocy społecznej.</p> <p>Działania: Wykorzystanie nowoczesnych technologii, takich jak teleopieka, w celu zwiększenia dostępu do usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym w formie pomocy sąsiedzkiej, wolontariatu opiekuńczego.</p> <p>5. Program „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo-Uczestnictwo-Solidarność”</p> <p>Działanie: wspieranie działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki chorób, dostępu do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.</p> <p>Działanie: zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.</p> <p>6. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”</p> <p>Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki.</p> <p>Obszar wymagający wsparcia: Stworzenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej.</p>
--	--

	<p>Rozwój usług opiekuńczych poprzez integrację usług zdrowotnych i pomocy społecznej oraz dostosowanie usług do potrzeb lokalnych.</p> <p>Rozwój nowoczesnych modeli opieki domowej, z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych.</p> <p>Organizacja wsparcia dla osób z zaburzeniami poznawczymi i innymi przewlekłymi chorobami skutkującymi zaburzeniami pamięci.</p> <p>Narzędzie 2.2 Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi.</p> <p>Narzędzie 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki.</p> <p>Kierunek działania: wsparcie innych form opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osobami starszymi.</p>
--	--

III. Harmonogram realizacji projektu

1. Planowany termin rozpoczęcia i zakończenia realizacji projektu (mm-rok)	Od 01.2024 r. do 12.2026 r.
2. Planowany i wymagany termin zabezpieczenia środków własnych w Budżecie WK-P i WPF WK-P, jeśli dotyczy (mm-rok)	01.2024 r. lub <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
3. Planowany termin złożenia wniosku o dofinansowanie projektu (mm-rok)	10.2023 r.
4. Obecny stan przygotowania do realizacji projektu (zaznacz właściwe, uzupełnij dane) - <u>dotyczy projektów inwestycyjnych</u> (np. obejmujących roboty budowlane, zakup środków trwałych)	1) Prawo dysponowania nieruchomością na cele projektu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> NIE (Planowany termin uzyskania: mm-rok)
	2) Dokumentacja środowiskowa (np. decyzja, raport OoŚ) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> NIE (Planowany termin uzyskania: mm-rok)
	3) Decyzja o warunkach zabudowy/ decyzja o ustaleniu lokalizacji inwestycji celu publicznego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> NIE (Planowany termin uzyskania: mm-rok)
	4) Dokumentacja techniczna (np. projekt budowlany) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> NIE (Planowany termin uzyskania: mm-rok)
	5) Program Funkcjonalno - Użytkowy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> NIE (Planowany termin uzyskania: mm-rok)
	6) Zezwolenie na inwestycję (np. pozwolenie na budowę) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> NIE (Planowany termin uzyskania: mm-rok)
	7) Inny dokument (jeśli dotyczy, wskaż jaki) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> NIE (Planowany termin uzyskania: mm-rok)

IV. Budżet projektu

	Wartość (zł)	%
1) Dotacja/instrument finansowy, w tym:	31 675 000,89	95%

1. Szacowany budżet projektu – uszczegółowienie w arkuszu kalkulacyjnym „Budżet projektu”	a) Dofinansowanie z UE ...(np. EFRR/EFS+)	28 340 790,27	85%
	b) Dofinansowanie z budżetu państwa (BP), jeśli dotyczy	3 334 210,62	10%
	2) Wkład własny, w tym:	1 667 105,31	5%
	a) Budżet WK-P (jeśli dotyczy)		
	b) Budżet JST (inny niż budżet WK-P)	1 410 000,00	4,23%
	c) Budżet państwa (np. środki własne państwowych jednostek budżetowych)		
	d) Inne publiczne	257 105,31	0,77%
	e) Prywatne		
	I. Wydatki kwalifikowalne projektu (1+2)	33 342 106,20	100,00 %
	II. Wydatki niekwalifikowalne projektu		-
	III. Wydatki ogółem projektu (I+II)	33 342 106,20	100,00 %
2. Uzasadnienie budżetu projektu:			
a) W jaki sposób zostaną zapewnione środki na wkład własny i wydatki niekwalifikowalne (jeśli dotyczą) w ramach projektu	Środki na wkład własny będą pochodziły z partycypacji w kosztach usługi teleopieki (wkład JST), pracy wolontariuszy – studentów w zad. 3 (partner publiczny).		
b) Informacja o kwalifikowalności/niekwalifikowalności podatku VAT	- Wnioskodawca posiada prawną możliwość odzyskiwania VAT, - wydatki ponoszone w projekcie są wydatkami zawierającymi VAT, - Wnioskodawca oświadcza, iż realizując powyższy projekt nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT, którego wysokość została zawarta w budżecie projektu. Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej w ramach projektu części poniesionego VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku.		
c) Informacja dotycząca występowania pomocy publicznej/pomocy de minimis w ramach projektu	Informacja dotycząca występowania pomocy publicznej/pomocy de minimis w ramach projektu: NIE		
3. Sposób rozliczania kosztów pośrednich w ramach projektu	<input checked="" type="checkbox"/> za pomocą stawki ryczałtowej lub <input type="checkbox"/> na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków		
3a. Jeśli dotyczy, podaj stawkę ryczałtową kosztów pośrednich dla projektu (przyjętą w ramach naboru i zgodną z wyliczeniem: kwalifikowalne koszty pośrednie /kwalifikowalne koszty bezpośrednie)			10%

V. Wskaźniki realizacji celów projektu				
Wskaźniki produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Rok osiągnięcia wartości docelowej
1. Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie	osoby	0,00	1846	2026
2. Liczba osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia,	osoby	0,00	300	2026

niepełnosprawności) objętych usługami zdrowotnymi w programie				
3. Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie	osoby	0,00	1846	2026
Wskaźniki rezultatu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Rok osiągnięcia wartości docelowej
1. Liczba osób niesamodzielnych objętych wsparciem w postaci nowoczesnych technologii – teleopieki i telemedycyny	osoby	0,00	3500	2026
2. Liczba osób świadczących usługi w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w programie	osoby	0,00	250	2026
3. Liczba podmiotów, które rozszerzyły ofertę wsparcia lub podniosły jakość oferowanych usług	sztuka	0,00	1	2026

VI. Informacja i promocja	
<p>1. Przedstaw w punktach kategorie działań informacyjno-promocyjnych, planowanych do realizacji w ramach projektu np. wykonanie plakatu lub tablicy informacyjnej i/lub pamiatkowej, materiałów promocyjnych itp.</p> <p>Jeżeli to możliwe, przypisz kwoty do każdego z działań.</p> <p>Uzasadnij realizację wskazanych działań, pamiętając o zachowaniu zgodności z celami projektu i obowiązującymi przepisami.</p> <p>Uwaga: w przypadku projektów własnych WK-P realizacja działań informacyjno-promocyjnych powinna być uzgadniana z Departamentem Promocji UM WK-P.</p>	<p>Działania informacyjno-promocyjne, planowane do realizacji w ramach projektu wraz z uzasadnieniem:</p> <p>W ramach projektu planowane jest dotarcie do jak najszerszej rzeszy odbiorców, zarówno w postaci potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu osób starszych, jak i ich bliskich (dzieci, wnuków, sąsiadów).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zamieszczenie informacji o projekcie oraz bieżących działaniach na stronach internetowych i fanpage Partnera wiodącego, partnerów i realizatorów – 0,00 zł. 2. Wydruk plakatów, tablic informacyjnych, roll up – 3 000,00 zł. 3. Promocja projektu na konferencjach/eventach/spotkaniach zewnętrznych (organizowanych przez samorządy/kluby seniora/dzienne domy pobytu itp.) – 0,00 zł. 4. Promocja projektu w lokalnych/regionalnych mediach (radio, TV, prasa) – 17 000 zł. 5. Promocja w formie spotu/serii 3 spotów do promocji na fb i YT – 100 000 zł. 6. druk ulotek/plakatów informacyjnych i dystrybucja ich na terenie gmin, w ośrodkach pomocy społecznej, klubach seniora, uniwersytetach trzeciego wieku, przychodniach zdrowia, parafiach, wśród sołtysów – 10 000 zł. 7. Tzw. promocja szeptana – 0,00 zł.
2. Razem budżet działań informacyjno-promocyjnych	130 000 zł
Osoba do kontaktu w sprawach projektu (dane służbowe)	Katarzyna Strzelecka 56 657 14 69, 501 604 183 k.strzelecka@rops.torun.pl

.....
Data, podpis i pieczęć osoby/osób
reprezentującej/ych podmiot zgłaszający