Numer naboru: RPMA.09.02.02-IP.01-14-075/18

Numer wniosku: RPMA.09.02.02-14-b416/18

A. Dane projektu

A1. Numer i nazwa Osi Priorytetowej RPO WM 2014-2020

IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem

A1.1. Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej RPO WM 2014 - 2020

9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej

A1.2. Numer i nazwa Poddziałania w ramach Osi Priorytetowej RPO WM 2014 - 2020

9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

A2. Instytucja, w której wniosek zostanie złożony

Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych

A3. Tytuł projektu

Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ostrołęce

A4. Nazwa wnioskodawcy

SPÓŁDZIELNIA SOCJALNA VALIDUS

A5. Krótki opis projektu

Główny cel projektu: Zwiększenie dostępu do usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych dla osób niesamodzielnych, w tym osób starszych, zamieszkujących na terenie powiatu M. Ostrołęka, powiatu ostrołęckiego i powiatów ościennych (woj. mazowieckie) poprzez utworzenie i funkcjonowanie 25 miejsc opieki dla osób niesamodzielnych, w tym starszych, w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Ostrołęce (DDOM) w okresie 01.07.2019 r. – 31.12.2021 r.
Grupę docelową projektu stanowi 126 osób niesamodzielnych (75K, 51M), w tym w 50% stanowią osoby starsze powyżej 65 roku życia (63 os.; 37K,26M) zamieszkujące Powiat M. Ostrołęka, powiat ostrołęcki i powiaty ościenne (woj. mazowieckie), których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.
Zadania:
1. Utworzenie DDOM
2. Kwalifikacja pacjentów do DDOM
3. Opieka medyczna i działania towarzyszące w DDOM
Główne wskaźniki projektu:
Rezultatu:
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu - 1 miejsce;
Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzonew ramach programu - 25 miejsc;
Odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub członków ich rodzin) - 80%;
Produktu:
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi - 1 podmiot;
Liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie - 126 osób;
Miejsce realizacji: powiat M. Ostrołęka, powiat ostrołęcki i powiaty ościenne (woj. mazowieckie)

Planowany okres realizacji projektu

A7.1. Od: 01-07-2019 ***A7.2. Do:*** 31-12-2021

A8. Wartość ogółem(zł)	*A9. Wydatki kwalifikowalne(zł)*	*A10. Wnioskowane dofinansowanie(zł)*
2 139 049,68	2 139 049,68	1 989 193,68
	A11. Wkład UE(zł)	*A12. % dofinansowania*
	1 711 239,74	92.99

A13. Rodzaj projektu

Konkursowy

A14. Partnerstwo publiczno-prywatne

Nie

A15. Powiązanie ze strategiami

Brak powiązania

A16. Typ projektu

Zdrowie

A17. Pomoc publiczna

Bez pomocy publicznej

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

A18.1. Projekt wiodący

NieDotyczy

A18.2. Numer grupy projektów

A19. Projekt partnerski

NIE

A20. Instrumenty finansowe

NIE

B. Dane wnioskodawcy

B1. Informacje o wnioskodawcy

B1.1. Forma prawna

spółdzielnie

B1.2. Forma własności

Pozostałe krajowe jednostki prywatne

B1.3. Rodzaj działalności gospodarczej

Opieka zdrowotna

B2. Dane teleadresowe Wnioskodawcy

B2.1. Nazwa wnioskodawcy

SPÓŁDZIELNIA SOCJALNA VALIDUS

B2.2. Kraj

Polska

B2.3. Województwo

MAZOWIECKIE

B2.4. Powiat

OSTROŁĘKA

B2.5. Gmina

OSTROŁĘKA

B2.6. Miejscowość

OSTROŁĘKA

B2.7. Ulica

MAZOWIECKA

B2.8. Nr budynku	*B2.9. Nr lokalu*	*B2.10. Kod pocztowy*
2	-	07-410

B2.11. Nr telefonu (z nr kierunkowym)	*B2.12. Nr faksu*

B2.13. Adres strony www (jeśli dotyczy)

http://validus.com.pl

B3. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)	*B4. REGON*
7582355040	147284779

B5. Nazwa dokumentu rejestrowego i numer

KRS: 0000513364

B6. PKD (wiodący)

Q.86.90.A Działalność fizjoterapeutyczna

B7. Możliwość odzyskania VAT

TAK

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

C. OPIS PROJEKTU

C1. Klasyfikacja projektu

C1.1.1. Zakres interwencji dominujący

112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym

C1.1.2. Zakres interwencji uzupełniający

Nie dotyczy

C1.2. Forma finansowania

01 Dotacja bezzwrotna

C1.3. Typ obszaru

02 Małe obszary miejskie (o ludności >5 000 i średniej gęstości zaludnienia)

C1.4. Terytorialne mechanizmy wdrażania

Nie dotyczy

C1.5. Temat uzupełniający

Niedyskryminacja

C1.6. Realizacja projektu na terenie całego kraju

NIE

C1.6. Miejsce realizacji projektu

Województwo	Powiat	Gmina
MAZOWIECKIE	OSTROŁĘKA	
Kod GUS	1461	
Kod NTS	4.1.14.26.61	

MAZOWIECKIE	OSTROŁĘCKI	
Kod GUS	1415	
Kod NTS	4.1.14.26.15	

MAZOWIECKIE	OSTROWSKI	
Kod GUS	1416	
Kod NTS	4.1.14.26.16	

MAZOWIECKIE	PRZASNYSKI	
Kod GUS	1422	
Kod NTS	4.1.14.26.22	

MAZOWIECKIE	MAKOWSKI	
Kod GUS	1411	
Kod NTS	4.1.14.26.11	

MAZOWIECKIE	WYSZKOWSKI	
Kod GUS	1435	
Kod NTS	4.1.14.26.35	

C2. Opis projektu w kontekście właściwego celu szczegółowego

C2.1. Zgodność projektu z właściwym celem szczegółowym RPO WM 2014 - 2020

C2.1.1. Wskaźnik realizacji celu

Cel szczegółowy RPO WM

Zwiększenie dostępności usług opieki zdrowotnej

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

Wskaźnik realizacji celu		Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika			Wartość docelowa wskaźnika		
			K	M	O	K	M	O
Nr	Wskaźniki rezultatu							
1	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniej ących po zakończeniu projektu	szt.			0,00			1,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika		Zatwierdzony regulamin organizacyjny DDOM						
Sposób pomiaru wskaźnika		Analiza dokumentacji. Pomiar dokonywany do 4 tygodni od zakończenia projektu, Osoba odpowiedzialna: Kierowni k projektu						
2	Liczba zdeinstytucjonalizowanych mie jsc opieki nad osobami zależnymi, któ re zostały utworzonew ramach progra mu	szt.			0,00			25,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika		Zatwierdzony regulamin organizacyjny DDOM						
Sposób pomiaru wskaźnika		Analiza dokumentacji. Pomiar dokonywany do 4 tygodni od zakończenia projektu, Osoba odpowiedzialna: Kierowni k projektu						
3	Odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej po zytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub czło nków ich rodzin)	%			0,00			80,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika		Ankiety zadowolenia osób lub członków rodzin osób korzystających z usług DDOM pozytywnie oceniające funkcjo nowanie DDOM						
Sposób pomiaru wskaźnika		Analiza w/w dokumentacji. Pomiar miesięczny do 4 tygodni od zakończenia udziału uczestnika w projekcie. Osob a odpowiedzialna: Kierownik projektu						
4	Liczba pacjentów, których stan zdrowi a uległ poprawie podczas pobytu w DD OM	osoby	0,00	0,00	0,00	37,00	26,00	63,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika		Karta oceny stanu klinicznego, miesięczna ocena rezultatów indywidualnego planu terapii, ocena stanu zdrowia pr zed wypisaniem pacjenta, karta informacyjna (wypis) z DDOM						
Sposób pomiaru wskaźnika		Analiza i weryfikacja w/w dokumentacji. Pomiar kwartalny do 4 tygodni od zakończenia udziału uczestnika w proje kcie. Osoba odpowiedzialna: Kierownik projektu						

Wskaźnik realizacji celu		Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika			Wartość docelowa wskaźnika		
			K	M	O	K	M	O
Nr	Wskaźniki produktu							
1	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	osoby				75,00	51,00	126,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika		Oświadczenie o przynależności do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Skierowanie do DDOM, karta oceny stanu klinicznego, indywidualny plan terapii						
Sposób pomiaru wskaźnika		Analiza w/w dokumentacji. Pomiar jednokrotny w pierwszym dniu objęcia pacjenta wsparciem. Osoba odpowiedzialna: Kierownik projektu						
2	Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	szt.						1,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika		Protokół odbioru pomieszczeń adaptowanych na cele DDOM, dokumentacja fotograficzna						
Sposób pomiaru wskaźnika		Analiza i weryfikacja w/w dokumentacji. Pomiar po sfinalizowaniu utworzenia DDOM. Osoba odpowiedzialna: Kierownik projektu						

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

3	Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami	szt						0,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							
Sposób pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							

4	Liczba projektów obejmujących administrację publiczną lub służby publiczne na szczeblu krajowym, regionalnym lub lokalnym	szt						0,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							
Sposób pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							

5	Liczba osób objętych szkoleniami / doradztwem w zakresie kompetencji cyfrowych	osoby				0,00	0,00	0,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							
Sposób pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							

6	Liczba projektów ukierunkowanych na trwały udział kobiet w zatrudnieniu i rozwój ich kariery zawodowej	szt.						0,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							
Sposób pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							

7	Udział projektu w odniesieniu do obszaru objętego programem rewitalizacji	%						0,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							
Sposób pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							

8	Liczba podmiotów wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne (TIK)	szt.						0,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							
Sposób pomiaru wskaźnika	Nie dotyczy							

9	Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi	szt.						1,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Zatwierdzony regulamin organizacyjny DDOM							
Sposób pomiaru wskaźnika	Analiza dokumentacji. Pomiar jednokrotny po zatwierdzeniu regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, Osoba odpowiedzialna: Kierownik projektu							

10	Liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie	osoby				75,00	51,00	126,00
Źródło danych do pomiaru wskaźnika	Skierowanie do DDOM, karta pobytu w DDOM, karta informacyjna (wypis) z DDOM							
Sposób pomiaru wskaźnika	Analiza i weryfikacja w/w dokumentacji. Pomiar miesięczny do 4 tygodni od zakończenia udziału uczestnika w projekcie. Osoba odpowiedzialna: Kierownik projektu							

C2.1.2. Wskaż cel główny projektu (zgodny z metodologią SMART) i opisz, w jaki sposób projekt przyczyni się do osiągnięcia celu szczegółowego RPO WM.

Cel główny:

Zwiększenie dostępu do usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych dla osób niesamodzielnych, w tym osób

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

starszych, zamieszkujących na terenie powiatu M. Ostrołęka, powiatu ostrołęckiego i powiatów ościennych (woj. mazowieckie) poprzez utworzenie i funkcjonowanie 25 miejsc opieki dla osób niesamodzielnych, w tym starszych, w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Ostrołęce (DDOM) w okresie 01.07.2019 r. – 31.12.2021 r.
Cel szczegółowy: Poprawa stanu zdrowia 50% z 126 osób niesamodzielnych, pacjentów DDOM (74K,51M) tj. 63 os. (37K,26M) do 31.12.2021 r.
Cele projektu przyczyniają się do realizacji celu szczegółowego RPO WM, tj. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Realizacja projektu zwiększy dostęp do opieki zdrowotnej osobom niesamodzielnym, zapewniając tym samym poprawę ich stanu zdrowia i zniwelowanie zagrożenia wykluczeniem społecznym.
Projekt realizuje również założenia:
1. Standardu DDOM „Dzienny dom opieki medycznej – organizacja i zadania"
2. „Strategii Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 roku" – Cel strat. Poprawa jakości życia oraz wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego do tworzenia nowoczesnej gospodarki, kier. działań: Podnoszenia standardów funkcjonowania infrastruktury społecznej oraz działania na rzecz ochrony zdrowia i bezpieczeństwa publicznego
3. „Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Ostrołęckim na lata 2014 – 2020" – Wsparcie osób starszych, Cel strat. nr 1. Zaspokojenie potrzeb osób starszych w zakresie opieki i wsparcia oraz zapobieganie wycofaniu się z życia społecznego.
4. Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Ostrołęki na lata 2017-2023" - Cel strategiczny 2. Wspieranie rodzin, podnoszenie poziomu i jakości ich funkcjonowania, przeciwdziałanie uzależnieniom i przemocy domowej, dbałość o kondycję zdrowotną mieszkańców miasta, kierunek działania: Zaspakajanie potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia, Rozszerzenie zakresu usług wsparcia środowiskowego na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych.
5. „Strategii Rozwoju Miasta Ostrołęka do roku 2020" - Program Strategiczny II.3. – Rozwój subregionalnych funkcji administracyjnousługowych, Zadanie strategiczne: 1. Utrzymanie i systematyczna poprawa jakości świadczonych usług publicznych
6. " Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Makowskim na lata 2011-2018" - Cel strategiczny: Zaspokojenie potrzeb osób starszych w zakresie opieki i wsparcia oraz zapobieganie wycofaniu się z życia społecznego.
7." Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Powiatu Przasnyskiego na lata 2014-2020" - Cel strategiczny nr 3: Zwiększenie udziału osób starszych w życiu społecznym i zawodowym, Cel operacyjny nr 1: Usprawnienie osób starszych i zapewnienie im właściwej opieki
8."Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Powiecie Wyszkowskim na lata 2016-2026"- Cel strategiczny: Zwiększenie jakości oraz dostępności systemu ochrony zdrowia w powiecie, Cel operacyjny 1:Usprawnienie diagnostyki wśród osób zagrożonych chorobami; Cel operacyjny 3: Podniesienie jakości i dostępności świadczonych usług medycznych
9. "Strategii Rozwoju Powiatu Ostrowskiego na lata 2013 -2022"- Cel strategiczny nr 1: Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu, Cel operacyjny 1.1. Aktywizacja osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób niepełnosprawnych (wspieranie aktywnej integracji) - pkt. 6. Zadbanie o starzejące się społeczeństwo – tworzenie i wspieranie form wsparcia dziennego, w tym form środowiskowych.

C3. Grupy docelowe

C3.1 Osoby lub podmioty objęte wsparciem

Grupę docelową stanowi 126 osób niesamodzielnych (75K, 51M), w tym w 50% stanowią osoby starsze powyżej 65 roku życia (63 os.; 37K,26M) zamieszkujące Powiat M. Ostrołęka, powiat ostrołęcki i powiaty ościenne (woj. mazowieckie), których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.
Wsparciem DDOM zostanie objętych 63 osoby (50% osób korzystających ze wsparcia DDOM) zamieszkujące miasta średnie, lub miasta średnie tracące funkcje społeczno – gospodarcze (kryt. prem.)
Powiat ostrołęcki i powiat M. Ostrołęka zamieszkuje kolejno 88944 os. (49,3%K, 50,7%M), z czego 13,3% stanowią osoby powyżej 65 r.ż (16,5%K,10,2%M), 52215os (52,3%K,47,7%M), z czego 15,7% to osoby 65+ (17,6%K,13,5%M). Powiaty ościenne, czyli powiat przasnyski(PRZ), makowski(MA), wyszkowski(WY) i ostrowski(OS) zamieszkuje: PRZ-52884os.(49,9%K,50,1%M), w tym os. 65+ - 15,3%(18,6%K,12,1%M),MA-45580os.(50,1%K,49,9%M), w tym os. 65+ - 16,6%(19,9%K,13,4%M),WY-74020os.(50,5%K,49,5%M),w tym os. 65+-14,4%(17,4%K,11,4%M),OS-73284os. (50,4%K,49,6%M), w tym os. 65+ -17%(20,2%K,13,7%M) (polskawliczbach.pl).
Wraz z wiekiem pogarsza się stan zdrowia, a co za tym idzie wzrasta częstotliwość hospitalizacji i odsetek OzN. Jak wynika z badania przeprowadzonego do „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia" leczeniu szpitalnemu, które łączyło się przynajmniej z 1 noclegiem, poddała się 20% osób starszych. W grupie 60-latków 18% tej populacji poddało się hospitalizacji, natomiast w najstarszej już 25%, tj. co czwarta osoba. Tylko co 10 osoba starsza w ciągu ostatnich 12 m-cy nie była ani razu u lekarza pierwszego kontaktu czy rodzinnego, co oznacza, że 90% polskich seniorów na takiej wizycie było chociaż 1 raz.
Wśród najczęstszych przyczyn hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych, w grupie chorych powyżej 65 lat, wymieniane są choroby układu sercowo-naczyniowego (50%) i choroby układu oddechowego (20%)(Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego „Najczęstsze przyczyny hospitalizacji chorych w wieku sędziwym na oddziale wewnętrznym, 2014). Te same kategorie chorób wymienia artykuł „Emerytura na SORze – analiza przyczyn hospitalizacji osób po 65 roku życia w szpitalnym oddziale ratunkowym". W powiecie ostrołęckim choroby stanowiące najczęstszą przyczynę zgonu to choroby układu krążenia (51,17%), nowotwory (18,54%), choroby układu oddechowego (8,22%) („INFORMATOR. Opieka zdrowotna w liczbach na obszarze województwa mazowieckiego w 2013 roku).
Zgodnie z oceną ekspertów podczas seminarium "Innowacje w geriatrii - ocena dostępności w Polsce"(Warszawa,17.11.2014r.), seniorzy tracą sprawność i umiejętność wykonywania podstawowych czynności podczas hospitalizacji. Pobyt w szpitalu związany jest z depersonalizacją pacjenta, senior stanowi kolejny przypadek, często jest unieruchamiany, głodzony w wyniku przeprowadzanych badań, podawanych jest mu wiele medykamentów, które wywołują efekty uboczne, często jest narażony na infekcje i inne powikłania. W efekcie, co szósta osoba starsza, która przed hospitalizacją była sprawna, po pobycie w szpitalu trafia do domu opieki. (www.rynekzdrowia.pl)
Cd. Uzasad. kosztów

C3.2 Potrzeby i oczekiwania

Na podstawie przeprowadzonego rozeznania w okresie 08.-09.2018 r. w grupie docelowej zdiagnozowano następujące bariery, potrzeby i oczekiwania:
Bariery:
- znikome środki finansowe możliwe do przeznaczenia na opiekę medyczną,

- niesamodzielność,
- kłopoty z pamięcią, zapominanie o przyjmowaniu lekarstw
- brak profesjonalnego sprzętu wspomagającego i pielęgnacyjnego
- niewielkie wsparcie rodziny, niewydolność opiekuńcza domowników, współmałżonków,
Potrzeby/Oczekiwania:
-poprawa stanu zdrowia, sprawności ruchowej i samodzielności
-uzyskanie informacji o pielęgnacji i zaleceń dietetycznych oraz o możliwościach uzyskania wsparcia,
-poznanie czynników ryzyka nawrotu choroby i możliwych powikłaniach,
-zwrot kosztów dojazdu, jadłospis dostosowany do preferencji i opracowanej diety

C3.3 Opis rekrutacji

Rekrutacja wraz z kampanią promocyjną (ulotki i plakaty w: szpitale, PFRON-y, przychodnie, pielęgniarki środowiskowe, ogłoszenia parafialne, strona www, lokalna prasa) będzie prowadzona w trybie ciągłym. Rekrutacja rozpocznie się 12.2019 r.. Zgłoszenia będą przyjmowane osobiście/ przez pośrednika tel., listownie, e-mailowo w biurze projektu w Ostrołęce przy ul. Mazowieckiej 2 (pozbawionym barier architektonicznych). Zostanie utworzona lista podst. i lista rezerw. na podst. poniższych kryteriów (aktualiz. w momencie zwolnienia miejsca w DDOM):
1. Osoba zagroz. ubóst. lub wyklucz. społ (weryf: oświad. oc:0/1)
2. Zamiesz. na terenie pow. M. Ostrołęka, pow. ostrołęckiego lub pow.ościennych (weryf: oświadczenie, oc.:0/1, miasta średnie, lub miasta średnie tracące funkcje społeczno – gospodarcze na obszarze realizacji: +1pkt)
2.Pacjent po bezpośr. przebytej hospitalizacji wymag. dalszej opieki medycznej lecz już nie w warunkach szpitalnych lub pacjent, u którego występuje zagrożenie hospitalizacją w najbliższym czasie lub pacjent, który był poddany hospitalizacji w okresie nie przekraczającym 12 miesięcy od momentu przyjęcia do projektu (weryfikacja: skierowanie do DDOM, karta informacyjna ze szpitala; oc.:0/1)
3.Osoby, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym (weryf: karta oceny stanu klinicznego z zastosowaniem skali poziomu samodzielności - skala Barthel, skierowanie do DDOM, oc.:0/1)
4.Osoby, które nie korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) (weryf: oświadczenie, oc: 0/1).
5.Osoby pow. 65 roku życia (weryf.: DO, oc.:+1pkt)
6.Osoby z niepełnosprawnością (weryf: orzeczenie lekarskie, oc: st. lekki+0,5pkt, st. umiar.+1 pkt, znaczny, niepeł. Intelekt., zab. psych., niepeł. sprzężona +1,5 pkt)
Kierowanie do DDOM będzie odbywać się na podst. skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowot. lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel).
Rekrutacja i kampania informacyjna nie będzie powielała stereotypów odnośnie do płci czy niepełnosprawności. Projekt nie wyklucza udziału w nim osób z niepełnosprawnościami (OzN). Cd. Uzasad. kosztów

C3.4 Opis zgodności projektu z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn w oparciu o standard minimum

Struktura grupy docelowej odzwierciedla strukturę populacji osób starszych. Wśród populacji w starszym wieku większość stanowią kobiety (59%), na 100 mężczyzn przypada ich 143 (dla całej ludności Polski wskaźnik feminizacji wynosi 107). Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w populacji jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn i zróżnicowania parametrów trwania życia – kobiety osiągające wiek 60 lat mają przed sobą o ponad 5 lat więcej dalszego trwania życia niż mężczyźni. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku, np. w grupie wieku 60-64 lata kobiety stanowią 54% zbiorowości i współczynnik feminizacji wynosi 125, a wśród osób co najmniej 80-letnich już 70% to kobiety i na 100 mężczyzn przypada ich 228. (GUS, Informacja Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia" (w dniu 19.02.2016 r.)). Polityka równości szans kobiet i mężczyzn będzie realizowana na etapie: REKRUTACJI: używanie języka wrażliwego na płeć, zasada uniwersalnego projektowania, brak powielania w kampanii informacyjno-promocyjnej stereotypów odnośnie do płci, zachęcenie do udziału w projekcie skierowane w równym stopniu do kobiet i mężczyzn REALIZACJI: adekwatne działania do zdiagnozowanych na początku uczestnictwa w projekcie deficytów i potrzeb bez względu na płeć, unikanie w działaniach projektowych sztucznych podziałów na role i obszary wyłącznie „kobiece" lub wyłącznie „męskie". ZARZĄDZANIA: posiadanie przez kadrę projektu odpowiedniej wiedzy w zakresie obowiązku przestrzegania zasady równości szans kobiet i mężczyzn, stosowanie w/w zasad w codziennej pracy przy projekcie, elastyczny czas pracy pozwalający łączyć obowiązki zawodowe z obowiązkami rodzinnymi.

C3.5 Opis zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami

Obszar realizacji projektu zamieszkuje 35716 OzN z czego 4001 rodzin korzysta z pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności. (Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o sytuację społeczną i demograficzną Województwa Mazowieckiego za 2017 rok). Wraz z wiekiem narasta występowanie wielochorobowości oraz postępującej niesprawności fizycznej, szczególnie gwałtownie po ukończeniu 40 roku życia. Wśród czterdziestolatków niepełnosprawna jest co dziesiąta osoba, a wśród pięćdziesięciolatków – blisko co piąta, natomiast w grupie osób 70- letnich i starszych prawie co druga. (Zdrowotne uwarunkowania niepełnosprawności osób starszych, pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/748332). Stąd też zakłada się udział OzN w działaniach projektowych oraz przewiduje odpowiednie udogodnienia. Rezultaty projektu przyczynią się do zmniejszenia barier równościowych poprzez wdrożenie zasad niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami na etapie: REKRUTACJI: używanie przez kadrę projektu języka łatwego w komunikacji zgodnie zasadą uniwersalnego projektowania, wrażliwego na niepełnosprawność, dostęp biura projektu dla OzN, wykorzystywanie w materiałach promocyjnych elementów graficznych, które nie powielają stereotypów odnośnie do niepełnosprawności, zdalny dostęp do dokumentacji rekrutacyjnej, możliwość odwiedzenia potencjalnych uczestników w miejscu zamieszkania w celu przekazania informacji o projekcie i uzupełnienia wymaganych dokumentów rekrutacyjnych. REALIZACJI: zastosowanie racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami, adekwatne działania do zdiagnozowanych na początku uczestnictwa w projekcie deficytów i potrzeb, lokalizacja wsparcia w pomieszczeniach dostosowanych do potrzeb OzN, dostosowanie posiłków do indywidualnych potrzeb żywieniowych.

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

ZARZĄDZANIA: posiadanie przez kadrę projektu odpowiedniej wiedzy w zakresie obowiązku przestrzegania zasady niedyskryminacji OzN, stosowanie w/w zasad w codziennej pracy przy projekcie.

Przewidywana liczba osób objętych wsparciem

126

Przewidywana liczba podmiotów objętych wsparciem

1

C5. Komplementarność - powiązanie projektu z innymi

Tak

C5.1 Opis komplementarności

Projekt jest komplementarny z realizowanym obecnie projektem, współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Poddziałania 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020 (nr umowy o dofinansowanie nr RPMA.09.02.01-14-8107/17), pt. "Zwiększenie usług społecznych dla osób niesamodzielnych świadczonych przez „Fundację Dom z Sercem" i Spółdzielnię Socjalną „Validus"", Celem projektu jest zwiększenie dostępu do usług społecznych 49 osobom z niepełnosprawnościami zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w postaci usług środowiskowych.
Indywidualne ścieżki wsparcia opracowuje Zespół Opiekuńczo-Terapeutyczny działający w DPS „Dom z Sercem" w skład którego wchodzą:
1) pracownik socjalny,
2) opiekunka,
3) terapeuta zajęciowy,
4) fizjoterapeuta,
5) pielęgniarka, która dokona m.in. oceny stopnia samodzielności wg skali Barthel.
Okres realizacji: 01.11.2017-31.10.2019

D. Sposób realizacji projektu

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

D1. Lista zadań

Nr	Nazwa zadania
1	Utworzenie DDOM

Nr	Wskaźnik realizacji celu	Wartość wskaźnika dla zadania	Symbol partnera
1	Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	1,00	LID
2	Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi	1,00	LID
3	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu	1,00	LID
4	Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzonew ramach programu	25,00	LID

☐ Zadanie rozliczane kwotą ryczałtową:

Szczegółowy opis zadania

Dzienny Dom Opieki Medycznej będzie wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego, który stanowi Spółdzielnia Socjalna „VALIDUS". Do dnia podpisania umowy o dofinansowanie Wnioskodawca zobowiązuje się dokonać wyodrębnienia rozumianego jako nadanie kodu resortowego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania oraz zatwierdzenia regulaminu organizacyjnego jednostki, w której zostanie wyodrębniony strukturalnie DDOM (kod 2800 Ośrodek opieki medycznej dzienny).
Pomieszczenia DDOM będą dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych, będą spełniały warunki określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
W budynku pod adresem ul. Goworowska 13A, 07-410 Ostrołęka, w którym będzie zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, w wyniku adaptacji, będą znajdowały się pomieszczenia wraz z niezbędnym sprzętem:
-szatnia;
-toalety dla pacjentów - odrębne dla kobiet, mężczyzn, personelu, osób z niepełnosprawnościami;
-łazienka z umywalką, prysznicem i krzesełkiem wraz z uchwytami oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny;
-dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem;
-pomieszczenie na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową;
-pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia, aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym, pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej (wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią);
-pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone co najmniej w następujący sprzęt do: 1) kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL), 2)krioterapii miejscowej, 3) masażu (stół do masażu), 4) elektrolecznictwa, 5)światłolecznictwa, 6)leczenia polem elektromagnetycznym.
-pomieszczenie dla chorych częściowo leżących z 2 łóżkami na 10-15 uczestników projektu, szafką przyłóżkową oraz umywalką w pomieszczeniu;
-gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
W DDOM zostanie zapewniony sprzęt medyczny m.in.: aparat EKG, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, zestaw do reanimacji, glukometr, stetoskop, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.
Zadanie obejmuje także koszty utrzymania pomieszczeń DDOM (najem, opłaty za energię elektryczną, cieplną, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków).
Cd. Uzasadnienie kosztów

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

Nr	Nazwa zadania
2	Kwalifikacja pacjentów do DDOM

Nr	Wskaźnik realizacji celu	Wartość wskaźnika dla zadania	Symbol partnera
1	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	126,00	LID

☐ Zadanie rozliczane kwotą ryczałtową:

Szczegółowy opis zadania

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokona oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków. Ocena stanu zdrowia pacjenta będzie zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie całościowa ocena geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.
W przypadku pacjentów poniżej 65 r.ż. zostanie przeprowadzona: ocena czynnościowa, ocena fizyczna (stan odżywienia, równowaga, chód oraz ryzyko upadków, określenie występowania niewydolności serca, określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania), ocena stanu umysłowego.
W przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż. zostanie przeprowadzona ocena czynnościowa, ocena fizyczna (stan odżywiania, równowaga, chód oraz ryzyko upadków, określenie występowania niewydolności serca, określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania), ocena stanu umysłowego (ocena sprawności umysłowej, określenie stanu emocjonalnego.
Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.
Na koniec każdego miesiąca zespół terapeutyczny dokona oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta i jego opiekunów faktycznych, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.
Przed wypisaniem pacjenta zespół terapeutyczny dokona ponownej oceny stanu zdrowia. W uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel DDOM uzna to za konieczne istnieje możliwość nawiązania współpracy z pracownikiem socjalnym. Pracownik socjalny, wykonujący swoje zadania na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z poźn. zm.), przeprowadzi ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc. Cd. Uzasadnienie kosztów

Nr	Nazwa zadania
3	Opieka medyczna i działania towarzyszące w DDOM

Nr	Wskaźnik realizacji celu	Wartość wskaźnika dla zadania	Symbol partnera
1	Liczba pacjentów, których stan zdrowia uległ poprawie podczas pobytu w DDOM	63,00	LID
2	Liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie	126,00	LID
3	Odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub członków ich rodzin)	80,00	LID

☐ Zadanie rozliczane kwotą ryczałtową:

Szczegółowy opis zadania

Pacjenci będą przebywali w DDOM przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie będzie odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w trakcie pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta.
Czas trwania pobytu pacjenta w DDOM nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).
Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w DDOM należą opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji, doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych, usprawnianie ruchowe stymulacja procesów poznawczych, terapia zajęciowa, przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).
Opieka dla pacjentów realizowana będzie przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie:
1)lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (1 os.;24m-cex śr. 20h/m-c, umowa cywilnopr.) – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;
2)lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej (1 os; 24m-cexśr. 20h/m-c umowa cywilnoprawna)- zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
3)lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii (1os;24m-cexśr. 20h/m-c umowa cywilnopr.) - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby Wymagania: lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii lub w trakcie specjalizacji z geriatrii (kryt.prem.)
4)pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego–Zakres: sprawowanie opieki nad pacjentem, w tym edukacja pacjenta dot. Samoopieki i samopielęgnacji (1 os.,1/1 etatu, umowa o pracę), nadzór nad pracą zespołu terapeutycznego, współprac z pozostałymi członkami zespołu. Wymagania: magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej"
Cd. Uzasad. kosztów

D2. Trwałość i wpływ rezultatów projektu

Wnioskodawca zachowa trwałość projektu zgodnie ze standardem DDOM przez okres 2 lat od daty zakończenia realizacji projektu. W okresie trwałości finansowanie DDOM będzie obejmować świadczenia z NFZ (jeśli będą dostępne, a w przypadku ich braku

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

finansowanie zostanie zapewnione ze środków własnych Wnioskodawcy lub zewnętrznych np. z opłat za świadczone usługi objęte trwałością. Opłaty będą skalkulowane w taki sposób, aby zapewnić właściwy poziom świadczonych usług oraz aby były one dostępne cenowo. Wskazane opłaty będą pokrywały koszty zaplanowanych świadczeń, nie będą stanowiły źródła dochodu Wnioskodawcy. W przypadku braku kontraktu z NFZ lub chętnych z korzystania z usług DDOM, Wnioskodawca zobowiązuje się do utrzymania gotowości do wykonania usług DDOM w okresie trwałości i prowadzenia działań informacyjnych o możliwości korzystania z tych usług.

D3. Potencjał wnioskodawcy i partnerów

Kwota obrotu Wnioskodawcy za 2017 r. wynosi 906631,71 zł. Wnioskodawca posiada zdolność zapewnienia płynnej realizacji projektu. Roczne obroty Wnioskodawcy przekraczają roczne wydatki w projekcie. Tym samym Wnioskodawca posiada potencjał finansowy pozwalający realizować projekt w ramach założonego budżetu i bezproblemowe rozliczenie projektu.
Wkład własny zostanie wniesiony przez Wnioskodawcę w postaci kosztów wynagrodzeń opiekunów medycznych oraz kosztów dowozu pacjentów do DDOM w wysokości 7,01% kosztów kwalifikowalnych.

Kadra merytoryczna – szczegółowy opis pkt. D1.
Kadra zarządzająca:
KIEROWNIK PROJEKTU (śr. 50h/m-c, umowa cywilnoprawna) - Zakres zadań: nadzór nad całością realizacji proj., jego zgodnością z umową, kontakty z MJWPU, z uczestnikami projektu, nadzór nad rekrutacją proj., kadrą proj., real. proj. w czasie, przestrzeganie zasady równości szans.
MAREK OLSZEWKI - osoba niepełnosprawna, wykształcenie wyższe, studia z Pedagogiki Specjalnej. W latach 2004-2008 dośw. w NGO na stanowisku koordynatora proj., 9 lat dośw. w pracy w samorządzie.
ASYSTENT KIEROWNIKA PROJEKTU (śr. 30 h/mc, podmiot zewnętrzny (usługa zlecona)) - sporządzanie harmonogramów finansowych, przepływów pieniężnych, wniosku o płatność–część merytoryczna, monitoring wskaźników proj., obsługa SL2014. Wymagania: min. 2 letnie doświadczenie we wskazanym obszarze merytorycznym
SPECJALISTA DS. ROZLICZANIA PROJEKTU (śr. 30h/m-c, umowa cywilnoprawna) - nadzór nad kwalifikowalnością wydatków, sporządzanie wniosków o płatność wraz z załącznikami, opracowywanie, opisywanie i archiwizacja dokumentów finansowych
KAROL DĄBKOWSKI - doświadczenie przy realizacji i rozliczaniu projektów współfinansowanych ze środków UE, „Ku rozwojowi usług edukacyjnych w Gminie Szulborze Wielkie"; „Pomożmy sobie"(PO KL 2007-2013).

W ramach projektu zostanie wykorzystane następujące zaplecze techniczne: pomieszczenie biura projektu zlokalizowane przy ul. Mazowieckiej 2, Ostrołęka (usytuowane na parterze, z podjazdem dla OzN) wraz z wyposażeniem (sprzęt komputerowy z dostępem do Internetu, skaner, kopiarka, telefon). Biuro projektu zlokalizowane będzie na terenie woj. mazowieckiego, co umożliwi udostępnienie pełnej dokumentacji wdrażanego projektu oraz zapewnienie uczestnikom projektu osobistego kontaktu z kadrą projektu. Wnioskodawca posiada stronę internetową, na które będą zamieszczane informacje dot. projektu oraz samochód, wykorzystywany w dowozie uczestników projektu do DDOM. . Na potrzeby projektu będzie udostępniony sprzęt, który stanowi własność SSV: pomieszczenie do rehabilitacji leczniczej: UGUL i osprzęt (1 szt.), krioterapia miejscowa (1 szt.), stół do masażu (1 szt.), bioptron ze statywem (1 szt.), Solux (1 szt.), Spectra Essential CPM (1 szt.); pomieszczenie dla chorych leżących: łóżko szpitalne (2 szt.), podnośnik transportowy (1 szt.), materac odleżynowy (1 szt.); gabinet diagnostyczno-zabiegowy: glukometr (1 szt.), stetoskop (1 szt.), kule (1 szt.), laski (1 szt.), balkonik (1 sz.), chodzik (1 szt.), wózek inwalidzki (1 szt.).

D4. Doświadczenie wnioskodawcy i partnerów

Spółdzielnia socjalna „VALIDUS" (SSV) jest podmiotem leczniczym funkcjonującym w systemie ochrony zdrowia co najmniej od 1 stycznia 2015 r., czego potwierdzeniem jest wpis w KRS pod nr 0000513364 z dnia 12.06.2014r., na podstawie którego od dnia wpisu podmiot prowadzi działalność fizjoterapeutyczną (86,90,A), zatrudniając osobę prowadzącą fizjoterapię oraz działalność sprzedaży detalicznej wyrobów medycznych, włączając ortopedyczne, prowadzonej w wyspecjalizowanych sklepach (47, 74, Z), zatrudniając osoby zajmujące się sprzedażą i doradztwem w zakresie doboru sprzętu rehabilitacyjnego (umowy w załączeniu do wniosku). Ponadto Wnioskodawca posiada na dzień złożenia wniosku umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ (kod umowy: 07-04-00290-18-01). Od 23.09.2014 r. SSV posiada upoważnienie do korzystania z portalu NFZ (nr umowy 322/14). Wnioskodawca przy współpracy z Fundacją „Dom z Sercem" realizuje projekt współfinansowany z EFS, Poddziałania 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych (nr umowy: RPMA.09.02.01-14-8107/17) pt. „Zwiększenie usług społecznych dla osób niesamodzielnych świadczonych przez „Fundację Dom z Sercem" i Spółdzielnię Socjalną „Validus". Okres realizacji: 01.11.2017-31.10.2019. Celem projektu jest zwiększenie dostępu do usług społecznych 49 osobom z niepełnosprawnościami zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w postaci usług środowiskowych.
Cd. Uzasadnienie kosztów

D5. Sposób zarządzania projektem

Plan zarządzania projektu obejmuje monitoring zakresu, harmonogramu, kosztów, jakości i ryzyka oraz doskonalenie procesu realizacyjnego i ewentualne korygowanie działań projektowych. Monitoring będzie prowadzony w drodze cyklicznych spotkań organizacyjnych. Na comiesięcznych spotkaniach zespołu projektowego, na podstawie przygotowanego zestawienia wskaźników projektu oraz posiadanych dokumentów potwierdzających fakt realizacji, będzie następowała weryfikacja stopnia ich osiągnięcia. Przepływ informacji dot. proj. będzie opierał się na bezpośredniej wymianie informacji (rozmowy, kontakt telef., e-mail). Organizacja pracy zespołu projektowego będzie uwzględniała elastyczne formy pracy, przez co będzie wspierać godzenie życia zawodowego i prywatnego pracowników. Zespół projektowy będzie dysponował wiedzą z zakresu równości szans i niedyskryminacji. W procesie decyzyjnym w projekcie zachowane zostanie podejście równościowe. Wypracowane rozwiązania na spotkaniach zespołu projektowego będą akceptowane przez Kierownika Projektu, natomiast decyzje wiążące po konsultacjach z członkami zespołu projektowego będą podejmowane przez osoby uprawnione do podejmowania decyzji tj. Zarząd SSV. Kryterium płci nie ma wpływu na zatrudnienie personelu projektu. Proces rekrutacji realizowany będzie z zachowaniem zasady dostępu obu płci i OzN do projektu. W kontaktach z uczestnikami i uczestniczkami projektu, jak i interesariuszami projektu stosowany będzie język wrażliwy na płeć. Język wrażliwy na płeć stosowany będzie także przez wykonawców projektu - zostaną oni w tym zakresie przygotowani przez personel zarządzający projektem. Zespół projektowy nie będzie traktowany stereotypowo ani nie będzie posługiwał się stereotypami odnośnie do płci czy niepełnosprawności.

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

E4. Harmonogram realizacji projektu

Rok	2019					
Miesiąc	7	8	9	10	11	12
Zadanie 1 Utworzenie DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Adaptacja pomieszczeń DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Zakup wyposażenia DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wynajem pomieszczeń DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utrzymanie pomieszczeń DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rok	2020											
Miesiac	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Zadanie 1 Utworzenie DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Adaptacja pomieszczeń DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zakup wyposażenia DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wynajem pomieszczeń DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Utrzymanie pomieszczeń DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

Rok	2021											
Miesiac	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Zadanie 1 Utworzenie DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Adaptacja pomieszczeń DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zakup wyposażenia DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wynajem pomieszczeń DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Utrzymanie pomieszczeń DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

Rok	2019					
Miesiąc	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Zadanie 2 Kwalifikacja pacjentów do DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wstępna ocena pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ocena miesięczna pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Końcowa ocena pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rok	2020											
Miesiac	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Zadanie 2 Kwalifikacja pacjentów do DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wstępna ocena pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Ocena miesięczna pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Końcowa ocena pacjentów DDOM	☐	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

Rok	2021											
Miesiac	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Zadanie 2 Kwalifikacja pacjentów do DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wstępna ocena pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Ocena miesięczna pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Końcowa ocena pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

Rok	2019					
Miesiąc	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Zadanie 3 Opieka medyczna i działania towarzyszące w DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wsparcie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wsparcie lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wsparcie lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrii	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opieka pielęgniarska	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wsparcie fizjoterapeutyczne pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wsparcie opiekuna medycznego pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wsparcie logopedyczne/ afazjologiczne pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wsparcie dietetyczne pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zapewnienie obiadu dla pacjentów DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zapewnienie dowozu pacjentów do DDOM	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

Rok	2020											
Miesiac	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Zadanie 3 Opieka medyczna i działania towarzyszące w DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrii	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Opieka pielęgniarska	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie fizjoterapeutyczne pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie opiekuna medycznego pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie logopedyczne/ afazjologiczne pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie dietetyczne pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Zapewnienie obiadu dla pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Zapewnienie dowozu pacjentów do DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

Rok	2021											
Miesiac	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Zadanie 3 Opieka medyczna i działania towarzyszące w DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrii	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Opieka pielęgniarska	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie fizjoterapeutyczne pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie opiekuna medycznego pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie logopedyczne/ afazjologiczne pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Wsparcie dietetyczne pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Zapewnienie obiadu dla pacjentów DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Zapewnienie dowozu pacjentów do DDOM	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑

F. Oświadczenia

F1. Oświadczam, że zadania przewidziane do realizacji i wydatki przewidziane do poniesienia w ramach projektu nie są i nie będą współfinansowane z innych wspólnotowych instrumentów finansowych, w tym z innych funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.

☑ Tak

F2. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku dotyczące pomocy publicznej w żądanej wysokości w tym pomocy de minimis o którą się ubiegam, są zgodne z warunkami wsparcia dotyczącymi pomocy publicznej lub pomocy de minimis, wynikającymi z aktów prawnych wskazanych w regulaminie konkursu.

○ Tak
◉ Nie dotyczy

F3. Oświadczam, że nie jestem przedsiębiorcą, który został skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo: składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotem pieniędzmi i papierami wartościowymi, przeciwko systemowi bankowemu, kamoskarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.

◉ Tak
○ Nie dotyczy

F4. Oświadczam, że jako członek lub reprezentant organu zarządzającego (wykonawczego)/wspólnik/kierownik jednostki organizacyjnej nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo: składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotem pieniędzmi i papierami wartościowymi, przeciwko systemowi bankowemu, kamoskarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.

◉ Tak
○ Nie dotyczy

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

F5. Wyrażam zgodę na udzielanie informacji na potrzeby ewaluacji (ocen), przeprowadzanych przez Instytucję Zarządzającą RPO WM 2014 - 2020.

☑ Tak

F6. Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w niniejszym wniosku o dofinansowanie oraz, że zobowiązuję się do realizowania projektu zgodnie z informacjami zawartymi w niniejszym wniosku o dofinansowanie.

☑ Tak

F7. Oświadczam, że realizując powyższy projekt nie podlegam wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.), zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 769 z późn. zm.), oraz zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2012 r. poz. 768 z późń. zm.), a także, że nie orzeczono wobec mnie zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy o finansach publicznych. W przypadku zaistnienia okoliczności powodującej wykluczenie mnie z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych lub w przypadku orzeczenia wobec mnie zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, niezwłocznie poinformuję o tym Instytucję Pośredniczącą.

☑ Tak

F8. Oświadczam, że niniejszy projekt nie został zakończony w rozumieniu art. 65 ust. 6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.

☑ Tak

F9. Oświadczam, że nie rozpocząłem realizacji projektu przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie albo, że realizując projekt przed dniem złożenia wniosku, przestrzegałem obowiązujących przepisów prawa dotyczących danej operacji (art. 125 ust. 3 lit. e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.)

☑ Tak

F10. Oświadczam, że w przypadku projektu partnerskiego, zobowiązuję do spełnienia wymogów dotyczących wyboru partnerów, o których mowa w art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-2020..

○ Tak
◉ Nie dotyczy

F11. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami obowiązującymi w ramach RPO WM na lata 2014-2020, a w szczególności, że zapoznałem się z wymogami zawartymi w Regulaminie konkursu, na podstawie którego tworzony jest wniosek o dofinansowanie.

☑ Tak

F12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na doręczanie mi korespondencji w postępowaniu w zakresie ubiegania się o dofinansowanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej w sposób określony w Regulaminie Konkursu, za wyjątkiem procedury odwoławczej, w trakcie której korespondencja będzie prowadzona w zwykłej formie pisemnej, w tym także w odniesieniu do protestu. Zawiadomienie o możliwości odebrania pisma w formie dokumentu elektronicznego powinno być doręczone na podany przeze mnie poniżej adres e-mail:

Email

ssvalidus@wp.pl

☑ Tak

F13. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

☑ Tak

F14. Wskazanie podstawy ochrony informacji i tajemnic zawartych w niniejszym wniosku ze względu na status wnioskodawcy:

○ Tak
◉ Nie

F15. Oświadczam, że projekt opisany we wniosku o dofinansowanie jest zgodny z prawodawstwem krajowym, w tym z ustawą Prawo zamówień publicznych.

☑ Tak

F16. Oświadczam, że projekt opisany we wniosku o dofinansowanie jest zgodny z zasadą zrównoważonego rozwoju.

☑ Tak

F17. Oświadczam, że w okresie realizacji projektu na terenie województwa mazowieckiego lub subregionu województwa mazowieckiego (w sytuacji, jeśli miejscem realizacji projektu jest wskazany subregion), będzie prowadzone biuro projektu umożliwiające dostęp do pełnej dokumentacji wdrażanego projektu oraz zapewniające uczestnikom projektu możliwość osobistego kontaktu z kadrą projektu.

☑ Tak

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795

F18. Oświadczam, że jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej w Regulaminie konkursu formy i sposobu komunikacji między wnioskodawcą a instytucją organizującą konkurs.
☑ Tak

G1. Wykaz załączników

Id	Nazwa załacznika
1	Pełnomocnictwo.pdf
2	Oświedczenie VAT.pdf
3	Umowa z nfz 2015.pdf
4	Umowa o pracę Domalewska Sylwia.pdf
5	Umowy styczeń 2015.pdf
6	umowa sudak.pdf
7	umowa nowak(1).pdf
8	odpis_aktualny_513364_1540204057974.pdf
9	Umowa NFZ 322.2014 z 23.09.2014.pdf
10	Pismo negocjacje
11	VALIDUS.pdf
12	20190318-zaświadczenie_o_prowadzeniu.pdf
13	o niezaleganiu validus.pdf
14	SKM_4050190327103700.pdf
15	SKM_4050190327103800.pdf
16	Oświadczenie o aktalności danych.pdf
17	Harmonogram płatności.pdf
18	Dostęp do SL.pdf
19	Oświadczenie VAT.pdf
20	Harmonogram poprawiony.pdf

Suma kontrolna: 86eab9ed-60be-6273-3248-7074c287a795