

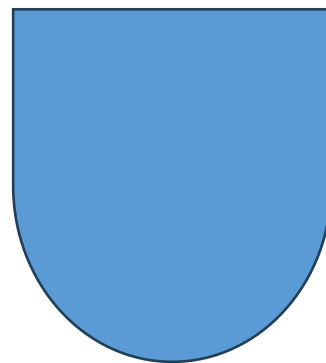


REKOMENDACJE DO OPRACOWANIA LOKALNEGO PLANU ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH I DEINSTYTUCJONALIZACJI (LPDI) DLA GMINY/POWIATU WOJEWÓDZTWA ŚWIETOKRZYSKIEGO

Opracowanie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego
w ramach projektu „Koordynacja polityki społecznej w województwie
świętokrzyskim” realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla
Rozwoju Społecznego 2021-2027, Działanie 04.13 – Wysokiej jakości system
włączenia społecznego, współfinansowanego ze środków Europejskiego
Funduszu Społecznego Plus

KIELCE 2025





LOKALNY PLAN ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH I DEINSTYTUCJONALIZACJI (LPDI) DLA NA LATA



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Projekt Koordynacja polityki społecznej w województwie świętokrzyskim realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Działanie 04.13 – Wysokiej jakości system włączenia społecznego, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Spis treści

I.	Wprowadzenie	5
II.	Sposób opracowania Planu	6
III.	Cele i założenia dotyczące tworzenia i systemu realizacji LPDI	8
IV.	Obszary LPDI.....	11
	Obszar I. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie	12
	Obszar II. Rodziny i rodzinne formy pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci.....	14
	Obszar III. Osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy	16
	Obszar IV. Osoby z problemami zdrowia psychicznego	19
	Obszar V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym	21
V.	Zasady wdrażania, monitorowania, aktualizacji LPDI.....	23
	Załącznik. Diagnoza usług społecznych w gminie/powiecie	23

I. Wprowadzenie

Deinstytucjonalizacja usług społecznych stanowi ważny kierunek rozwoju i zmian polityki społecznej państwa, szczególnie w kontekście aktualnych wyzwań i potrzeb społecznych ujawniających się na szczeblach lokalnych (zmiany w strukturze społecznej, starzejąca się populacja, przeobrażenia rynku pracy, wyzwania pieczy zastępczej, bezdomność itd.).

Deinstytucjonalizacja usług społecznych jest oczekiwanym procesem. Z wielu analiz i badań naukowych wynika, że usługi społeczne organizowane w społeczności lokalnej i w środowisku zamieszkania przynoszą pozytywne rezultaty i zadowolenie odbiorców.

Szczególne miejsce w polityce społecznej przypisuje się osobom z grup szczególnie zagrożonych wykluczeniem, takich jak: **osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze (osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, chorobę i niepełnosprawność), osoby w kryzysie zdrowia psychicznego, osoby w kryzysie bezdomności oraz rodziny, w tym dzieci i młodzież przebywające w pieczy zastępczej**. Na tych grupach skoncentrowane są założenia *Strategii Rozwoju Usług Społecznych polityka publiczna do 2030 (z perspektywą do 2035 r.)*, a na poziomie regionalnym „*Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji Województwa Świętokrzyskiego na lata 2023-2025*”.

Kierunek deinstytucjonalizacji usług społecznych wspiera w ostatnich latach Komisja Europejska i inne podmioty Unii Europejskiej – w nowej Agendzie unijnej silnie akcentuje się inwestycje w usługi społeczne i deinstytucjonalizację rozwiązań. Na ten cel będą przeznaczane środki finansowe ze środków funduszy polityki spójności Unii Europejskiej. Doświadczenia związane z realizowanym już procesem deinstytucjonalizacji np.: powstawania mieszkań treningowych i wspomaganych czy zwiększania środowiskowych usług opiekuńczych wskazują, że jest to słuszny kierunek.

Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji przygotowywany przez samorząd, przyczyni się do ustrukturyzowania rozwoju usług społecznych zgodnie z wynikiem przeprowadzonej diagnozy lokalnej¹ stanowiącej załącznik do dokumentu.

¹ Ogólnopolskie wytyczne tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych, przygotowano w ramach projektu: „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych” realizowanego ramach POWER 2014–2020. Lider: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Partnerzy: Fundacja Flexi Mind z Dębskiej Kuźni i Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie.

II. Sposób opracowania Planu

Uchwałą nr Zarządu Powiatu (nazwa powiatu) z dnia 2025 r. lub Zarządzeniem nr wójta, burmistrza, prezydenta (nazwa gminy) z dnia 2025 r. powołano grupę roboczą ds. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji opracowującej Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla (nazwa gminy/powiatu) na lata 2025-2027.

Skład grupy roboczej ds. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji opracowującej Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla (nazwa gminy/powiatu)²:

1. Przedstawiciele organizacji pozarządowych działających na rzecz: rodzin, osób z niepełnosprawnościami, osób z w kryzysie zdrowia psychicznego, osób w kryzysie bezdomności i innych osób wymagających wsparcia;
2. Przedstawiciele gminnej/powiatowej rady seniorów;
3. Przedstawiciele młodzieżowej rady gminy/powiatu;
4. Przedstawiciele gminnej/powiatowej rady działalności pożytku publicznego;
5. Przedstawiciele gminnej/powiatowej społecznej rady ds. osób niepełnosprawnych;
6. Przedstawiciele instytucji: domów pomocy społecznej, placówek-opiekunco wychowawczych, środowiskowych domów samopomocy, dziennych domów wsparcia, klubów seniora, dziennych klubów seniora;
7. Przedstawiciele kościoła i innych związków wyznaniowych;
8. Przedstawiciele sektora ekonomii społecznej (przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie socjalne, koła gospodyń wiejskich i inne podmioty ekonomii społecznej);
9. Przedstawiciele ochotniczych straży pożarnych;
10. Przedstawiciele zespołów interdyscyplinarnych, komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
11. Przedstawiciele Urzędu (nazwa gminy/powiatu);
12. Przedstawiciele OPS/CUS/MOPR/PCPR;
13. Lokalni liderzy społeczni.

W skład Zespołu wchodzi przedstawiciele organizacji sektora społecznego i instytucji świadczących usługi społeczne, reprezentanci kluczowych grup kategoryalnych: osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie zdrowia psychicznego, bezdomności oraz wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. Do prac w Zespole zaproszono również przedstawicieli licznych gremiów społecznych, liderów społecznych, sektora ekonomii społecznej i posiadający doświadczenia i wiedzę w zakresie realizacji usług społecznych. Zróżnicowanie składu osobowego Zespołu nadaje procesowi tworzenia planu charakter interdyscyplinarny.

² Na poziomie samorządu należy powołać Zespół ds. przygotowania, aktualizacji planu deinstytucjonalizacji, w skład którego wchodzić powinni obowiązkowo przedstawiciele ekonomii społecznej. Skład zespołu i zakres jego prac powinien być integralną częścią dokumentu; Zespołem powinien kierować Koordynator odpowiedzialny za opracowanie i prowadzenie procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych, a w późniejszym czasie monitorowanie realizacji planu.

W procesie prac nad Planem uczestniczyli przedstawiciele samorządu (nazwa gminy/powiatu), którzy należą do składu osobowego grupy roboczej ds. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji opracowującej Plan, w tym pracownicy (nazwa CUS, OPS, MOPR, PCPR), z którego został wyznaczony zespół redakcyjny.

Uchwalony przez radę powiatu/gminy Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji (LPDI) dla (nazwa gminy/powiatu) na lata stanowi swoisty drogowskaz realizacji usług społecznych w gminie/powiecie.

III. Cele i założenia dotyczące tworzenia i systemu realizacji LPDI

Zadanie przygotowywania Lokalnych Planów Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji należy do samorządu powiatowego/gminnego. Plan przyjmowany jest na okres do 3 lat i stanowi uporządkowaną koncepcję zmiany w obszarach objętych przejściem do usług środowiskowych i rodzinnych na poziomie lokalnym, ściśle zintegrowaną i uwzględniającą plany, oczekiwania, potrzeby i możliwości mieszkańców samorządu powiatu/gminy.

Plan ma za zadanie określać konkretne przedsięwzięcia rozwojowe realizowane i finansowane ze źródeł własnych, środków funduszy europejskich EFS+ i EFRR w ramach programu *Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego na lata 2021-2027* i programu krajowego *Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027* oraz środków PFRON, NFZ, Funduszy EOG i fundusze norweskie, dotacji budżetowych, m.in. Funduszu Solidarnościowego – wspieranych ze środków samorządu województwa, w tym programów regionalnych. W celu zapewnienia spójności LPDI i strategii lokalnych plan przyjmowany jest przez radę powiatu/gminy.

Cele Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji:

- Celem LPDI jest wyznaczenie kierunków rozwoju usług społecznych na szczeblu lokalnym zarówno w zakresie koniecznych interwencji, jak i podjęcia działań o charakterze prewencyjnym;
- Następnym z celów LPDI jest dokonanie pogłębionej analizy potrzeb społecznych w społeczności lokalnej, co do zakresu i form usług;
- Ważnym elementem LPDI jest określenie konkretnych celów i działań w poszczególnych obszarach lokalnej polityki społecznej;
- Celem jest również analiza kosztowa inwestycji w usługi społeczne, w kontekście możliwości budżetowych samorządu i innych podmiotów.

Dokumenty strategiczne krajowe, związane z opracowywaniem Planu:

1. *Ogólnoeuropejskie Wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności;*
2. *Ogólnopolskie Ramowe Wytyczne tworzenia LPDI;*
3. *Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030, z perspektywą do 2035 r.;*
4. *Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2030 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej;*

oraz dokumenty o charakterze regionalnym i lokalnym:

5. *Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji Województwa Świętokrzyskiego na lata 2023-2025;*
6. *Strategia Polityki Społecznej Województwa Świętokrzyskiego 2021-2030;*
7. *Program Regionalny – Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego na lata 2021-2027;*
8. *Program Współpracy Samorządu Województwa Świętokrzyskiego z Organizacjami Pozarządowymi (opracowany na każdy rok);*
9. *Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2025;*
10. *Regionalny Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej do roku 2025;*
11. *Wojewódzki program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych na lata 2021-2026;*

12. *Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2023-2028;*
13. *Ramowy program ochrony osób doznających przemocy domowej w województwie świętokrzyskim na lata 2023-2028;*
14. *Ramowy program korekcyjno-edukacyjny dla osób stosujących przemoc domową w województwie świętokrzyskim na lata 2023-2028;*
15. *Ramowy program psychologiczno-terapeutyczny dla osób stosujących przemoc domową w województwie świętokrzyskim na lata 2023-2028;*
16. *Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Świętokrzyskiego do 2030 r.;*
17. *Wojewódzki program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego województwa świętokrzyskiego do roku 2030;*
18. *Wojewódzki program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi województwa świętokrzyskiego do roku 2030;*
19. *Regionalny Program Rozwoju Ekonomii Społecznej w Województwie Świętokrzyskim do 2023 roku;*
20. Powiatowa / gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych;
21. Strategia rozwoju gminy / powiatu;
22. Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
23. Program działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami;
24. Program wspierania rodziny;
25. Gminny / powiatowy program przeciwdziałania przemocy domowej i ochrony osób doznających przemocy domowej;
26. Gminna / powiatowa polityka senioralna;
27. Inne lokalne strategie i programy społeczne.

Programy realizowane w ramach Funduszu Solidarnościowego

1. „Centra opiekuńczo-mieszkalne”. Modułu I – Utworzenie Centrum opiekuńczo-mieszkalne, Moduł II – funkcjonowanie Centrum;
2. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”. Podmiotami uprawnionymi są JST (gminy, powiaty);
3. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”. Podmiotami uprawnionymi do ubiegania się o środki finansowe są organizacje pozarządowe, m.in. fundacje, stowarzyszenia, kościelne osoby prawne, spółdzielnie socjalne;
4. „Opieka Wytchnieniowa”. Podmiotami uprawnionymi są JST (gminy, powiaty);
5. „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”. Podmiotami uprawnionymi do ubiegania się o środki finansowe są organizacje pozarządowe, m.in. fundacje, stowarzyszenia, kościelne osoby prawne, spółdzielnie socjalne;
6. Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce, zaplanowanego w ramach Działania 3.4 Nowe rozwiązania na rzecz osób z niepełnosprawnościami, Priorytet FERS.03 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami.

Rządowe Programy z zakresu wsparcia społecznego

1. Program „Od zależności ku samodzielności”;
2. Program „Posiłek w szkole i w domu”;
3. Program „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi”;
4. Program „Opieka 75+”;
5. Program „Aktywny Maluch”;
6. Program wieloletni „Senior+”;
7. Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+”;
8. Program Asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej.

IV. Obszary LPDI

Obszary interwencji określone w Planie wynikają z diagnozy usług społecznych, uwzględniając specyfikę lokalnych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji

OBSZAR I. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie

OBSZAR II. Rodziny i rodzinne formy pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci

OBSZAR III. Osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy

OBSZAR IV. Osoby z problemami zdrowia psychicznego

OBSZAR V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym

Diagnoza

Analiza potrzeb dotyczy osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym: osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie, rodzin z dziećmi, dzieci w wieloosobowych placówkach całodobowych, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie psychicznym i ich rodzin, osób w kryzysie bezdomności oraz zagrożonych bezdomnością, jak również potrzeb jednostek samorządu terytorialnego, na których terenie, będą wdrażane rozwiązania: m.in. możliwości finansowe, lokalowe, kadrowe oraz potrzeby pracowników wykonujących usługi społeczne.

Diagnoza stanowi podstawę określenia kierunków działań i ma na celu: zgromadzenie, uzupełnienie, pogłębienie oraz – co bardzo istotne – zweryfikowanie posiadanej wiedzy na temat zjawisk i procesów społecznych toczących się na terenie samorządu. Całość diagnozy została umieszczona w załączniku dokumentu. W przedmiotowym dokumencie zostaną uwzględnione najważniejsze wynikające z niej wnioski.

Odbiorcy

Odbiorcy adresowanych działań wynikają z obszaru interwencji. Zaliczamy do nich: przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, kadrę włączenia społecznego, przedstawicieli NGO, mieszkańców gminy / powiatu. Odbiorcy, jak i działania zaplanowane w LPDI są zgodnie z zapisami w innych dokumentach strategicznych, jak również nie przekraczają ram prawnych regulujących tak zadania jak i uprawnienia jednostki samorządu terytorialnego.

Działania, do których jest zobowiązany samorząd powiatowy/gminny w zakresie rozwoju usług w dużej mierze dotyczą rozwoju usług w środowisku, organizowania nieinstytucjonalnego wsparcia całodobowego, zmiany funkcjonowania domów pomocy społecznej, zmiany funkcjonowania placówek udzielających tymczasowego schronienia osobom bezdomnym, wsparcia dziecka i rodziny oraz pieczy zastępczej. Należy jednak pamiętać, że do zadań należy również podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób świadczących usługi społeczne w społeczności lokalnej oraz pracowników realizujących usługi w instytucji całodobowej opieki, poprawa jakości i warunków pracy kadr pomocy i integracji społecznej, zmiana świadomości społecznej, promowanie usług w środowisku oraz promowanie idei wolontariatu, rozwój sektora ekonomii społecznej.

Obszar I. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie

1.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Niedostatecznie rozwinięta infrastruktura placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży;
- Brak lub niedostatecznie rozwinięta sieć jednostek specjalistycznego poradnictwa funkcjonujących na obszarze samorządu;
- Niska liczba świetlic środowiskowych dla dzieci i młodzieży;
- Wysoki wskaźnik występowania przypadków przemocy domowej;
- Niewystarczająca liczba punktów konsultacyjnych;
- Brak możliwości korzystania z punktów interwencji kryzysowej;
- Wzrost zapotrzebowania na poradnictwo specjalistyczne;
- Utrzymująca się na stałym poziomie liczba osób korzystających z pomocy społecznej z powodu potrzeby bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych;
- Stosunkowo wysoka liczba osób korzystających z pomocy społecznej z powodu ochrony macierzyństwa – w tym wielodzietności.

1.2. Założenia dot. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wynikające z wniosków z diagnozy

W procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych w obszarze osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie jest zapewnienie właściwej uwagi dla rodziny. Kompleksowe wsparcie oznacza objęcie nie tylko osoby, w której występują problemy, ale wszystkich członków rodziny. Złożoność problemów wynikających z funkcjonowania rodzin jest dużym wyzwaniem dla służb społecznych. Właściwym rozwiązaniem jest zasada „jednego okienka”, gdzie osoby potrzebujące wsparcia otrzymują pomoc z różnych instytucji za pomocą instytucji głównej.

W zakresie wsparcia osób w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie niezwykle ważnym jest utworzenie wystarczającej liczby żłobków, przedszkoli, świetlic środowiskowych, które będą odpowiedzialne za wsparcie rodzin z dziećmi.

Istotnym działaniem mającym wpływ na właściwy rozwój rodziny jest dobrze rozwinięta sieć infrastruktury społecznej, polegającej na wsparciu osób i całych rodzin w zakresie poradnictwa specjalistycznego. Niezwykle istotnym jest możliwość stworzenia systemu punktów konsultacyjnych w mniejszych miejscowościach, prowadzenie punktu interwencji kryzysowej w gminie, czy ośrodka interwencji kryzysowej w powiecie.

1.3. Cel i założenia w Obszarze I. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie

Ogólnodostępny, przyjazny system wsparcia dla rodzin z dziećmi oraz dostosowany do wyzwań problemów współczesnej rodziny zakres wsparcia specjalistycznego

1.4. Założenia

- Utworzenie i prowadzenie centrum usług społecznych oferujący szeroki zakres usług dla wszystkich mieszkańców;
- Utworzenie w urzędzie lub jednostce organizacyjnej pomocy społecznej zasady „jednego okienka”;
- Budowanie żłobków w odpowiedzi na zapotrzebowanie rodzin na danym obszarze;
- Rozwijanie sieci przedszkoli, świetlic środowiskowych dla dzieci i młodzieży;

- Rozwój poradnictwa rodzinnego;
- Wzmocnienie kompetencji kadr opieki społecznej połączony z rozwojem współpracy partnerskich zespołów kooperacji na rzecz wsparcia rodziny;
- Wspieranie rozwoju usług specjalistycznych i interwencyjnych dla osób doświadczających kryzysów, w tym stworzenie punktu interwencji kryzysowej w społeczności lokalnej;
- Zapewnienie możliwości korzystania osób i rodzin ze specjalistycznego poradnictwa;
- Tworzenie nowych punktów konsultacyjnych, utworzenie i prowadzenie punktów interwencji kryzysowej oraz ośrodków interwencji kryzysowej.

1.5. Plan finansowania usług w Obszarze I. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie

Lp.	Nazwa działania / projektu	Planowana wartość finansowania (zł)	Źródło finansowania	Realizator
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

1.6. Zidentyfikowane wskaźniki

- Liczba osób/rodzin objęta poradnictwem specjalistycznym dla rodzin z dziećmi;
- Liczba grup samopomocowych rodzin;
- Liczba żłobków;
- Liczba dzieci w wieku do lat 3 objęta opieką żłobkową;
- Liczba przedszkoli;
- Liczba dzieci objęta wychowaniem przedszkolnym w ogóle liczby dzieci w wieku od 3 do 5 lat;
- Liczba świetlic środowiskowych;
- Liczba punktów konsultacyjnych;
- Liczba punktów interwencji kryzysowej, ośrodków interwencji kryzysowej;
- Liczba osób, które ukończyły szkolenie z zakresu przeciwdziałania przemocy dla członków zespołów interdyscyplinarnych;
- Liczba rodzin korzystających z poradnictwa specjalistycznego.

Obszar II. Rodziny i rodzinne formy pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci

2.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Niewystarczająca liczba asystentów rodziny, w stosunku do zapotrzebowania zgłaszanego przez mieszkańców oraz w stosunku do liczby rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych;
- Brak dostępności usługi wsparcia rodziny przez rodziny wspierające;
- Utrzymujący się wysoki odsetek dzieci przebywających w pieczy instytucjonalnej;
- Brak rodzin zastępczych zawodowych pełniących funkcję pogotowia rodzinnego oraz rodzin zastępczych zawodowych specjalistycznych;
- Niewystarczająca liczba koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej;
- Niedostateczna liczba mieszkań wspomaganych, treningowych dla usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej.

2.2. Założenia dot. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wynikające z wniosków z diagnozy

Grunt dla procesu deinstytucjonalizacji stanowią usługi społeczne o charakterze profilaktycznym. System wsparcia rodziny musi opierać się przede wszystkim na sieciach lokalnego wsparcia rodziny w gminach, działających lokalnie i blisko osób wymagających pomocy. Kluczowymi elementami wsparcia rodziny jest praca socjalna, wsparcie asystentów rodziny, działalność placówek wsparcia dziennego, poradnictwo oraz rodziny wspierające. Jak wynika z diagnozy wszystkie formy wsparcia możliwe do wykorzystania w ramach obecnych uregulowań prawnych, nie są wystarczająco wykorzystywane. W związku z powyższym należy wspierać rozwój usług profilaktycznych i bezpośrednich usług środowiskowych wspierających dzieci i rodzinę.

W sytuacji dysfunkcyjności rodziny biologicznej i co za tym idzie wystąpieniem konieczności umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej konieczne, jest stosowanie zasady pierwszeństwa pieczy rodzinnej przed instytucjonalną. Należy intensyfikować działania gwarantujące zmianę struktury pieczy zastępczej poprzez ograniczenie jej form instytucjonalnych na rzecz form rodzinnych. Obecna liczba rodzin zastępczych nie zaspokaja bieżących potrzeb. Istotnym elementem wsparcia świadczonego osobom opuszczającym pieczę zastępczą jest objęcie ich kompleksową, wielozakresową pomocą, a w szczególności mieszkalnictwem wspomaganim, treningowym.

Integralną rolę w procesie wzmacniania potencjału rodzin odgrywa podnoszenie kompetencji kadry pracującej w obszarze wspierania rodziny i systemie pieczy zastępczej, co niewątpliwie ma wpływ na pozostawanie dzieci w środowisku rodzinnym oraz wzmocnienie roli i funkcji rodziny.

2.3. Cel i założenia w Obszarze II. Rodziny i rodzinne formy pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci

Funkcjonujący system rozwiązań wzmacniający rodziny, wspierający rodzinne formy pieczy zastępczej oraz umożliwiający usamodzielnianie

2.4. Założenia

- Wspieranie rozwoju usług profilaktycznych wspierających rodzinę w szczególności zapobiegających umieszczenia dzieci w pieczy zastępczej;
- Zainicjowanie funkcjonowania rodziny/rodzin wspierających;
- Wspieranie pozyskiwania i przygotowywania kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej;

- Wielozakresowe wsparcie rodzin zastępczych;
- Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą w tym testowanie pilotażowych programów usamodzielniania młodzieży z pieczy zastępczej;
- Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą poprzez usługi świadczone w mieszkaniach treningowych lub mieszkaniach wspomaganych.

2.5. Plan finansowania usług w Obszarze II. Rodziny i rodzinne formy pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci

Lp.	Nazwa działania / projektu	Planowana wartość finansowania (zł)	Źródło finansowania	Realizator
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

2.6. Zidentyfikowane wskaźniki

- Liczba asystentów rodziny;
- Liczba rodzin wspierających;
- Liczba rodzin zastępczych zawodowych;
- Liczba rodzinnych domów dziecka;
- Liczba utworzonych mieszkań wspomaganych, treningowych.

Obszar III. Osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy

3.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Województwo świętokrzyskie jest regionem najszybciej starzejącym się w Polsce;
- Wysoki wskaźnik liczby osób z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy na 10 tys. ludności;
- Zasoby infrastruktury wsparcia o charakterze dziennym nie są dostatecznie rozwinięte, a ich rozmieszczenie na terenie samorządu jest nierównomierne;
- W wybranych miejscach występuje brak tego typu infrastruktury – najczęściej odnotowywany jest w dużych miejscowościach;
- Duże zapotrzebowanie na realizowane usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania;
- Wraz z prognozami starzenia się społeczeństwa występuje prognozowany wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania;
- Niewystarczająca realizacja specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania;
- Niska liczba usług, polegających na wsparciu mieszkańców w środowisku lokalnym przez asystenta osoby z niepełnosprawnościami;
- Problemy z realizacją usługi opieki „wytchnieniowej” dla opiekuna faktycznego osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- Niska świadomość społeczna o możliwości realizacji sąsiedzkich usług opiekuńczych;
- Niewystarczająca liczba świadczeń usługi transportowej dla mieszkańców samorządu, zwiększającej mobilność osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- Występuje niedostateczny dostęp do leczenia geriatrycznego;
- Niewielka liczba podmiotów zajmujących się rehabilitacją;
- Długi czas oczekiwania na możliwość korzystania z usług rehabilitacyjnych.

3.2. Założenia dot. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wynikające z wniosków z diagnozy

Kluczowym wyzwaniem dla polityki społecznej samorządu staje się starzenie społeczeństwa. Wraz z postępującym starzeniem się populacji, wzrastać będzie liczba osób z niepełnosprawnościami oraz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Należy przewidywać dynamiczny wzrost zapotrzebowania na usługi społeczne, których odbiorcami będzie coraz liczniejsza grupa seniorów, osób z niepełnosprawnościami wymagających opieki oraz całodobowego lub dziennego wsparcia. Na wyzwania związane ze starzeniem się populacji nakładać się będzie malejący potencjał opiekuńczy najbliższego otoczenia, wynikający m.in. z malejącego współczynnika dzietności czy ujemnego salda migracji. Taki stan rzeczy może w przyszłości skutkować nasileniem się problemów związanych z zapewnieniem właściwej opieki osobom z niepełnosprawnościami i osobom starszym.

W przypadku osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu szczególnie ważny jest rozwój m.in.: usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystenta osoby z niepełnosprawnością, usług sąsiedzkich, oraz infrastruktury społecznej o charakterze środowiskowym tj. dziennych domów pomocy, klubów seniora, klubów samopomocy oraz mieszkań wspomaganych. Wsparcie w zakresie mieszkalnictwa i dostosowania przestrzeni życiowej do potrzeb związanych z niepełnosprawnością, jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością. Głównym celem deinstytucjonalizacji jest rozwój usług uwzględniających podmiotowość jednostki, świadczonych w środowisku zamieszkania w warunkach domowych lub półstacjonarnych.

W kontekście zapewnienia działań podejmowanych na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu istotnym jest, zapewnienie wsparcia ich opiekunom nieformalnym. Niezbędny jest tu rozwój różnych form opieki wytchnieniowej. Jej zadaniem jest odciążenie członków rodzin, lub opiekunów osób wymagających intensywnego wsparcia przez pomoc w codziennych obowiązkach, lub zapewnienie czasowego zastępstwa w ich wykonywaniu.

3.3.Cel i założenia w Obszarze III. Osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy

Skuteczny i trwały lokalny system opieki długoterminowej oparty na dostosowanej do lokalnych potrzeb ofercie usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w formie środowiskowej oraz dziennej

3.4.Założenia

- Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych oraz wsparcie procesu deinstytucjonalizacji;
- Tworzenie miejsc świadczenia usług opiekuńczych w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej w nowych jak i istniejących placówkach zapewniających opiekę dzienną;
- Wsparcie dla usług asystenckich, opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach opieki rodzinnej i środowiskowej, m.in.: w rodzinnych domach pomocy, usług asystenta osoby z niepełnosprawnościami, zapewnienia usług transportu indywidualnego;
- Świadczenie usług w mieszkaniach wspomaganych;
- Zapewnienie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekunów będących członkami rodzin, w tym opieka wytchnieniowa;
- Wsparcie psychologiczne lub szkolenia dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- Zapewnienie dodatkowych usług opiekuńczych, m.in.: teleopieka, wypożyczalnia sprzętu, codzienne dowożenie posiłków, drobne usługi remontowe, porządkowe, higieniczne, świadczone w domu oraz działania zapobiegające umieszczaniu osób w placówkach całodobowych (nie może być realizowane jako samodzielne przedsięwzięcie);
- Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji instytucji całodobowych, m.in. przez rozwijanie usług środowiskowych poprzez personel placówki;
- Wsparcie działalności lub tworzenie nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych, w tym tworzenie nowych i wsparcie istniejących hospicjów domowych;
- Wsparcie długoterminowej medycznej opieki domowej nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym pielęgniarstwa długoterminowego;
- Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i/lub zdrowotnych na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej, w tym personelu opieki długoterminowej;
- Kompleksowa i zindywidualizowanej aktywna integracja, wykorzystująca w zależności od potrzeb elementy aktywizacji edukacyjnej, społecznej, zawodowej i zdrowotnej obejmująca reintegrację społeczną i zawodową realizowaną przez kluby integracji społecznej (KIS) i centra integracji społecznej (CIS);
- Aktywizacja biernych zawodowo osób z niepełnosprawnościami poprzez udział we wsparciu oferowanym w podmiotach reintegracji społecznej i zawodowej, przez tworzenie nowych

podmiotów zakładów aktywności zawodowej (ZAZ), warsztatów terapii zajęciowej (WTZ) oraz wsparcie w istniejących podmiotach reintegracyjnych;

- Wspieranie funkcjonowania gminnej/powiatowej rady seniorów;
- Zmniejszenie zjawiska wykluczenia społecznego i dyskryminacji wśród osób z niepełnosprawnościami;
- Działania mające na celu poprawę sprawności fizycznej i intelektualnej ludzi starszych w różnych sferach życia;
- Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się ukierunkowana na poprawę stanu zdrowia i jakości życia osób starszych;
- Współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

3.5. Plan finansowania usług w Obszarze III. Osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy

Lp.	Nazwa działania / projektu	Planowana wartość finansowania (zł)	Źródło finansowania	Realizator
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

3.6. Zidentyfikowane wskaźniki

- Liczba osób objętych usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania;
- Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania;
- Liczba osób objętych usługą asystenta osoby z niepełnosprawnością;
- Liczba osób objętych usługami sąsiedzkimi;
- Liczba osób objętych usługą wytchnieniową;
- Liczba utworzonych placówek wsparcia dziennego dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- Liczba stacjonarnych placówek opieki przekształconych w placówki realizujące kompleksowe usługi, stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową – przekształcenie dotyczy otwarcia na równoległą realizację usług środowiskowych, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum wsparcia stacjonarnego;
- Liczba klubów seniora/dziennych klubów seniora;
- Liczba centrów opiekuńczo – mieszkalnych;
- Liczba funkcjonujących centrów integracji społecznych (CIS), klubów integracji społecznych (KIS);
- Liczba funkcjonujących zakładów aktywności zawodowej (ZAZ), warsztatów terapii zajęciowej (WTZ).

Obszar IV. Osoby z problemami zdrowia psychicznego

4.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Wysoki wskaźnik liczby osób leczonych w poradniach dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.
- Wzrost liczby samobójstw, wskaźnika na 10 tys. mieszkańców;
- Wzrost liczby osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Niewystarczający poziom realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Nierównomierny dostęp do opieki psychiatrycznej, w szczególności ograniczony dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej dla mieszkańców terenów wiejskich;
- Trudności w dostępie do poradni psychologiczno-pedagogicznych (długi czas oczekiwania).
- Brak dostępu do kompleksowego leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży;
- Zbyt mała ilość środowiskowych form wsparcia tj.: centra zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, mieszkania o charakterze wspomagającym dla osób chorujących psychicznie.

4.2. Założenia dot. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wynikające z wniosków z diagnozy

Istotnym wyzwaniem we wdrażaniu procesu deinstytucjonalizacji jest rozwój usług środowiskowych jak najbliżej miejsca zamieszkania. W działalności podmiotów zaangażowanych we wsparcie osób w kryzysie zdrowia psychicznego należy zwrócić szczególną uwagę na kwestię koordynacji usług społecznych i zdrowotnych. Celem rozwoju usług w formie środowiskowej oraz dziennej jest ograniczenie liczby hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych, ograniczenie liczby osób przebywających w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz poszerzenie oferty pomocowej w środowisku lokalnym. Oferta ta ma pozwolić na wybór usług uwzględniających podmiotowość jednostki, jej indywidualne potrzeby i możliwość pełnienia przez nią dotychczasowych ról społecznych.

4.3. Cel i założenia w Obszarze IV. Osoby z problemami zdrowia psychicznego

Zwieszony dostęp do usług opieki psychiatrycznej oraz oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży, oraz dorosłych doświadczających kryzysu psychicznego

4.4. Założenia

- Rozwijanie idei środowiskowego modelu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Rozwój dziennych form pomocy i wsparcia – upowszechnianie działalności ośrodków wsparcia, w tym środowiskowych domów samopomocy oraz mieszkań wspomaganych;
- Rozwój form wsparcia o charakterze samopomocowym – klubów samopomocy, kręgów wsparcia, grup samopomocowych;
- Zapewnienie specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania;
- Wsparcie rozwoju opieki wytechnieniowej dla opiekunów formalnych;
- Wsparcie psychologiczne i/lub szkoleniowe dla opiekunów;
- Wspieranie realizacji działań, programów edukacyjnych i programów rekomendowanych promujących zdrowie psychiczne dzieci, młodzieży i osób dorosłych;

- Wspieranie podmiotów III sektora w zakresie realizacji działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Wspieranie aktywizacji społeczno-zawodowej realizowanej poprzez podmioty ekonomii społecznej, w szczególności działań realizowanych i dostosowanych do osób po kryzysach psychicznych;
- Podnoszenie kompetencji kadr pomocy i integracji społecznej w zakresie pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

4.5. Plan finansowania usług w Obszarze IV. Osoby z problemami zdrowia psychicznego

Lp.	Nazwa działania / projektu	Planowana wartość finansowania (zł)	Źródło finansowania	Realizator
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

4.6. Zidentyfikowane wskaźniki

- Liczba ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży;
- Liczba osób korzystająca ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Liczba funkcjonujących dziennych form pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Liczba mieszkań wspomaganych przeznaczonych dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego;
- Liczba funkcjonujących grup samopomocowych dla opiekunów osób w kryzysie zdrowia psychicznego;
- Liczba osób korzystająca z opieki wytnieniowej w formie pobytu dziennego i pobytu całodobowego dla osób z niepełnosprawnościami (w tym osób w kryzysie zdrowia psychicznego);
- Liczba osób korzystająca z usług asystenckich – Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej (w tym osób w kryzysie zdrowia psychicznego).

Obszar V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym

5.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Brak realizacji usług polegających na pracy z osobami w kryzysie bezdomności (streetworking);
- Wysoka liczba osób korzystających z pomocy społecznej z powodu bezdomności;
- Niewystarczający dostęp do noclegowni, ogrzewalni, schronisk dla osób w kryzysie bezdomności;
- Niewielka liczba mieszkań treningowych i innych form mieszkalnictwa.

5.2. Założenia dot. rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wynikające z wniosków z diagnozy

Bezdomność to jedna z najbardziej złożonych form wykluczenia społecznego. Spora część osób w kryzysie bezdomności znajduje się poza wszelkimi statystykami, liczeni są tylko ci, którzy zwracają się o pomoc. Osoby w kryzysie bezdomności mogą skorzystać ze świadczeń pieniężnych, takich jak zasiłek celowy, okresowy, stały, oraz świadczeń niepieniężnych. Wśród nich szczególną rolę pełni praca socjalna, która ma na celu pomóc w odzyskaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie. Formą pracy socjalnej z osobami bezdomnymi jest w szczególności streetworking.

W procesie wsparcia osób bezdomnych ważną rolę odgrywa udostępnianie i rozwijanie innych form pomocy pozainstytucjonalnej, np. „najpierw mieszkanie” będące specjalistyczną formą pomocy kierowaną do osób od lat korzystających z tradycyjnej pomocy z tytułu bezdomności i mimo tego nadal pozostających bez domu cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych lub uzależnionych. Stąd potrzeba propagowania i rozwoju różnorodnych rozwiązań mieszkaniowych, mając na uwadze możliwość zaadaptowania ich do lokalnych warunków i możliwości, a także popularyzacja wiedzy o modelu „najpierw mieszkanie” oraz najmie socjalnym.

5.3. Cel i założenia w Obszarze V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym

Kompleksowy i skuteczny system usług dla osób w kryzysie bezdomności

5.4. Założenia

- Prowadzenie działań profilaktycznych i interwencyjnych pozwalających, kontrolować zadłużenie i zapobiegać eksmisjom;
- Rozwój poradnictwa specjalistycznego, w tym psychologicznego, prawnego, doradztwa, terapii uzależnień w celu wsparcia osób zagrożonych bezdomnością oraz w kryzysie;
- Rozwój mieszkalnictwa wspomagane oraz innych form mieszkalnictwa, w tym wspieranie programów opartych na modelu „najpierw mieszkanie” i innych modelach mających na celu wyjście osoby z kryzysu bezdomności;
- Wsparcie rozwoju infrastruktury wykorzystywanej w ramach najmu socjalnego.

**5.5.Plan finansowania usług w Obszarze V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone
wykluczeniem mieszkaniowym**

Lp.	Nazwa działania / projektu	Planowana wartość finansowania (zł)	Źródło finansowania	Realizator
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

5.6.Zidentyfikowane wskaźniki

- Wprowadzenie usługi realizującej standard działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa, pozwalających kontrolować zadłużenie i zapobiegać eksmisjom;
- Prowadzenie usług streetworkerów, zintegrowane z systemem interwencyjnych usług schronienia i innymi usługami typu outreach;
- Liczba utworzonych społecznych agencji najmu, zapewniających możliwość wynajęcia lokalu mieszkalnego m.in. osobom w kryzysie bezdomności lub zagrożonym bezdomnością oraz innym grupom;
- Liczba umów w trybie działalności pożytku publicznego na zadania zlecone organizacjom pozarządowym w zakresie wsparcia osób w kryzysie bezdomności.

V. Zasady wdrażania, monitorowania, aktualizacji LPDI

Proces programowania Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla (nazwa powiatu/gminy) na lata 2025-2027 obejmować cztery kluczowe etapy:

- opracowanie i uchwalenie,
- wdrażanie,
- monitorowanie i ewaluację,
- ocenę i aktualizację.

Załącznik. Diagnoza usług społecznych w gminie/powiecie

Diagnoza oparta jest na podstawie dostępnych statystyk publicznych: Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, sprawozdań jednostek samorządu terytorialnego w Centralnej Aplikacji Statystycznej (OZPS, MRiPS-03-R) i innych statystyk publicznych.

Diagnoza obejmuje następujące obszary:

CHARAKTERYSTYKA I SYTUACJA SPOŁECZNA POWIATU/GMINY;

DIAGNOZA SPOŁECZNA POWIATU/GMINY;

OBSZAR I. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie;

OBSZAR II. Rodziny i rodzinne formy pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci;

OBSZAR III. Osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy;

OBSZAR IV. Osoby z problemami zdrowia psychicznego;

OBSZAR V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym.



Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego
al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce
tel. 41 395 12 42
e-mail: sekretariat.ROPS@sejmik.kielce.pl
<https://koordynacja.swietokrzyskie.pro/>



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską

