**Monitoring**

**Świętokrzyskiego Programu na rzecz osób starszych**

**do 2020 roku**

**ANKIETA**

*Proszę o wypełnienie ankiety, której dane stanowić będą jeden z elementów monitoringu fakultatywnego „Świętokrzyskiego programu na rzecz osób starszych”. Proszę o wpisanie danych dotyczących* ***wszystkich zasobów infrastrukturalnych*** *oraz działań istniejących/realizowanych na rzecz seniorów na terenie gminy* ***niezależnie od podmiotu prowadzącego/realizującego*** *tj. (samorząd gminny, samorząd powiatowy, organizacja pozarządowa, podmiot prywatny). Ankieta dotyczy danych za* ***2020*** *rok.*

***Gmina:…………………………***

***Powiat:…………………………***

1. **Czy na terenie Państwa gminy funkcjonują placówki świadczące pomoc osobom starszym ? W przypadku braku takiej placówki, czy planują Państwo jej utworzenie w 2021 roku?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *W przypadku gdy wymieniony w kolumnie I zasóbnie funkcjonuje w gminie- prosimy o wypełnienie pólw kolumnie 5 i 6.* |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  | **Organ prowadzący**  | **Nazwa** | **Adres** | **Czy według rozeznanych potrzeb w Państwa gminie istnieje potrzeba utworzenia tego typu podmiotu.****TAK/NIE** | **Planowane utworzenie w 2021 r.** **TAK/NIE** |
| **Powiat** | **Gmina** | **Organizacja pozarządowa** | **Podmiot prywatny** |
| **Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rodzinny Dom Pomocy** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dzienny Dom Pomocy** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Środowiskowy Dom Pomocy** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mieszkania chronione/****wspomagane/****aktywizujące (**proszę podać łączną ilość mieszkań w szt.**)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Klub Seniora**(dot. utworzonych placówek powstałych bez wsparcia w ramach programu rządowego ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uniwersytet Trzeciego Wieku** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dzienny Dom Seniora****(**dot. utworzonych placówek powstałych bez wsparcia w ramach programu rządowego ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Program Rządowy Senior+ (Wigor/ Senior)** | **Klub Seniora** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dzienny Dom Seniora** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Poradnia geriatryczna** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inne, jakie?** |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Czy w przypadku funkcjonowania na terenie gminy DPS, ŚDS, świadczą one usługi rehabilitacyjne dla seniorów, niebędących mieszkańcami bądź uczestnikami wyżej wymienionych placówek?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób korzystających:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy gmina posiada opracowany fakultatywny program na rzecz osób starszych?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** |  |
| **NIE** |  |

Proszę podać okres obowiązywania programu oraz numer Uchwały Rady Gminy.

…………………………………………………………………………………………..

1. **Czy na terenie gminy przeprowadzane były wizyty patronażowe\* dla osób zależnych będących w podeszłym wieku?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK****(*proszę podać ilość wizyt*)** | **NIE** |
|  |  |

**\* - Wizyty patronażowe  dla osób będących w podeszłym wieku  - Aktywna forma profilaktyki i wsparcia seniorów w wieku tzw. późnej starości tj. po 75 r.ż. poprzez regularne wizyty lekarza/pielęgniarki środowiskowej/pracownika socjalnego na danym terenie  mające na celu diagnozę sytuacji zdrowotnej oraz bytowej osób w podeszłym wieku.**

1. **Proszę podać liczbę osób po 65 r.ż. korzystających z pomocy i wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej.**

…………………………………………………………………………………………..

1. **Proszę podać liczbę osób po 65 r.ż. objętych:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Usługami opiekuńczymi** |  |
| **Specjalistycznymi usługami opiekuńczymi** |  |
| **Specjalistycznymi usługami dla osób z zaburzeniami psychicznymi** |  |

1. **Czy na terenie gminy realizowane były przedsięwzięcia służące integracji międzypokoleniowej? Jeśli tak, proszę wymienić.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK**  | **NIE** |
|  |  |

…………………………………………………………………………………………

1. **Czy gmina zlecała do realizacji organizacjom pozarządowym zadania publiczne z zakresu pomocy społecznej na rzecz osób starszych? Jeśli tak,** p**roszę podać ilość organizacji oraz wysokość środków przeznaczonych na ten cel**.

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK**  | **NIE** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba organizacji pozarządowych** | **Wysokość środków** |
|  |  |

1. **Czy pracownicy samorządowi w tym pracownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej brali udział w szkoleniach, warsztatach itp. mających na celu podniesienie kompetencji w zakresie pracy z osobami starszymi? Jeśli tak, to proszę podać liczbę pracowników objętych przedmiotowymi szkoleniami, warsztatami.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba pracowników* *objętych:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy gmina podejmowała działania na rzecz seniorów we współpracy lub partnerstwie z innymi podmiotami? Jeśli tak, proszę wymienić te działania.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** |  |
| **NIE** |  |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy na terenie gminy realizowane były projekty/programy z zakresu profilaktyki, ochrony zdrowia, rehabilitacji dla osób starszych? Jeśli tak, proszę w skrócie wymienić te działania oraz podać ilość osób objętych tymi działaniami.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób objętych:* |
| **NIE** |  |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy na terenie gminy organizowany jest wolontariat na rzecz wsparcia seniorów?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba wolontariuszy:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy gmina podejmowała działania mające na celu promowanie form aktywnego spędzania czasu wolnego i zdrowego trybu życia. Jeśli tak, proszę w skrócie wymienić te działania oraz podać ich łączną liczbę.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba działań:* |
| **NIE** |  |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy gmina zatrudnia asystentów osób starszych?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba asystentów:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy na terenie gminy organizowane były kursy, szkolenia itp. dla osób starszych, których celem było podniesienie ich kwalifikacji zawodowych i kompetencji osobowościowych ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób objętych:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy na terenie gminy organizowane były kursy, szkolenia itp. dla osób starszych, których celem było podniesienie poziomu ich bezpieczeństwa?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób objętych:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy na terenie gminy organizowane były/są grupy wsparcia dla rodzinnych/nieformalnych opiekunów osób starszych? Jeśli nie, czy planuję się wdrożenie takiego rozwiązania?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba opiekunów objętych wsparciem:* |
| **NIE** |  |
| **Planowane wdrożenie** | **TAK** | **NIE** |

1. **Czy na terenie gminy organizowane były kampanie edukacyjne mające na celu przeciwdziałanie marginalizacji osób starszych? Jeśli tak, proszę w skrócie opisać przedmiotowe kampanie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** |  |
| **NIE** |  |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy na terenie gminy organizowane były kursy, szkolenia itp. dla osób starszych, których celem było przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób objętych:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy na terenie gminy funkcjonuje Rada Seniorów?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** |  |
| **NIE** |  |

1. **Czy na terenie gminy funkcjonuje program uprawniający seniorów do zniżek na wybrane produkty i usługi (np. Karta Seniora)?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób objętych programem:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy na terenie gminy realizowane jest wsparcie seniorów w formie teleopieki\*?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób objętych:* |
| **NIE** |  |

**\* Teleopieka - usługa** [**opiekuńcza**](https://pl.wikipedia.org/wiki/Opieka)**, wykorzystująca nowoczesne technologie. Jej celem jest zwiększenie** [**bezpieczeństwa**](https://pl.wikipedia.org/wiki/Bezpiecze%C5%84stwo) **osób starszych, niesprawnych, chorych i innych, pozostających samotnie w swoich domach.**

1. **Czy w przyszłości samorząd gminy planuje wdrożenie teleopieki\* jako formy wsparcia seniorów ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | *Liczba osób objętych:* |
| **NIE** |  |

1. **Czy na terenie Państwa gminy budynki użyteczności publicznej dostosowane są do potrzeb seniorów? Jeśli tak, proszę wymienić i podać liczbę budynków.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK**  | **NIE** |
|  |  |

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w roku 2020 zostały rozbudowane i zmodernizowane placówki służące seniorom? Jeśli tak, proszę wymienić i podać liczbę budynków (należy wykazać wszystkie budynki użyteczności publicznej na terenie gminy dostosowane do potrzeb osób starszych).**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK**  | **NIE** |
|  |  |

…………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w ramach konsultacji dotyczących prawa miejscowego, inwestycji i innych przedsięwzięć brali udział seniorzy? Jeśli tak, proszę podać czego dotyczyły konsultacje.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK**  | **NIE** |
|  |  |

…………………………………………………………………………………………………

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety!***

Prosimy o przesłanie wypełnionej ankiety w nieprzekraczalnym terminie do **31 stycznia 2021 r.** na adres email: ***michal.chojnacki@sejmik.kielce.pl***

Więcej informacji pod nr tel. 41/ 342-11-53.

**Dane kontaktowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba odpowiedzialna za wypełnienie ankiety:** |  |
| **Numer telefonu do kontaktu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |