**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. Ankieta dotyczy danych za* ***2020 rok****.*

***Powiat: …………………………***

1. **Czy samorząd powiatu jest organem prowadzącym dla wymienionych w tabeli placówek świadczących pomoc osobom starszym? W przypadku braku takiej placówki, czy planują Państwo jej utworzenie w 2021 roku?**

|  |  |
| --- | --- |
| *W przypadku gdy wymieniony w kolumnie I zasób nie funkcjonuje w gminie - prosimy o wypełnienie pól w kolumnie 4 i 5.* | |
| **1** | | **2** | **3** | | | **4** | **5** |
|  | | **Nazwa** | **Adres** | | | **Czy według rozeznanych potrzeb w Państwa powiecie istnieje potrzeba utworzenia tego typu podmiotu.**  **TAK/NIE** | **Planowane utworzenie  w 2021 r.**  **TAK/NIE** |
| **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 powiat posiada opracowany fakultatywny program na rzecz osób starszych?**

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

Proszę podać okres obowiązywania programu oraz numer Uchwały Rady Powiatu.

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. **Czy powiat realizował w 2020 roku przedsięwzięcia służące integracji międzypokoleniowej? Jeśli tak, proszę wymienić.**

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

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

1. **Czy powiat zlecał do realizacji w trybie konkursu 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 w tym pracownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej brali udział w szkoleniach, warsztatach itp. mających na celu podniesienie kompetencji w zakresie pracy z osobami w podeszłym wieku?**

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

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

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

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

1. **Czy w 2020 roku realizowane były projekty/programy z zakresu profilaktyki, ochrony zdrowia, rehabilitacji dla osób starszych? Jeśli tak, proszę wymienić te projekty/programy.**

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

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

1. **Czy organizowany był wolontariat na rzecz wsparcia seniorów?**

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

1. **Czy podejmowane były działania mające na celu promowanie form aktywnego spędzania czasu wolnego i zdrowego trybu życia? Jeśli tak, proszę wymienić te działania.**

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

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

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

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

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

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

1. **Czy organizowane były kampanie edukacyjne mające na celu przeciwdziałanie marginalizacji osób starszych?**

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

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

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

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety***

Prosimy o przesłanie wypełnionej ankiety w terminie do **31 stycznia 2021 r.** na adres: [***michal.chojnacki@sejmik.kielce.pl***](mailto: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:** |  |