

Spotkanie informacyjne dla konkursu nr RPSL.09.02.06-IZ.01-24-268/18



RPO WSL 2014-2020

Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne

Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne

Poddziałanie 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs

Katowice, 22 sierpnia 2018 r.



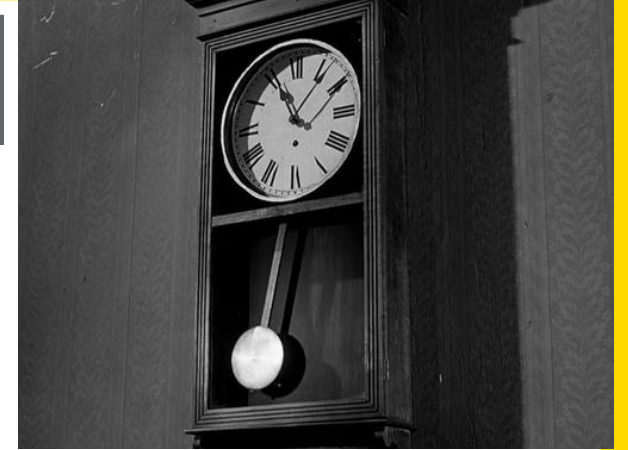
Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Podstawowe informacje o konkursie

Termin do którego można składać wnioski:

01. 10. 2018 r. (do godziny 12:00)



- Orientacyjny termin rozstrzygnięcia konkursu – luty 2019 roku
- **Całkowita kwota środków przeznaczona na dofinansowanie projektów w konkursie:**
19 786 263,51 PLN (4 587 055,41 EUR)
 - ❖ Pula środków na projekty w zakresie tworzenia i funkcjonowania DDOM 13 949 315,76 PLN
 - ❖ Pula środków na projekty w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych 5 836 947,75 PLN
- **Montaż finansowy w konkursie:**
93% dofinansowania (85% EFS, 8% BP) + 7% wkładu własnego Wnioskodawcy.

Grupa docelowa

- Osoby wykluczone lub zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenie;
- Podmioty realizujące usługi zdrowotne wyłącznie w zakresie działań podnoszących standard i jakość usług realizowanych na rzecz bezpośrednich odbiorców.

Osoba niesamodzielna – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest Skala Barthel. **Skala Barthel** pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu.

O dofinansowanie mogą występować wszystkie podmioty, które spełniają kryteria określone w regulaminie konkursu.

Kryteria obowiązkowe dla wszystkich projektów



Okres realizacji projektu nie jest dłuższy niż 24 miesiące i nie przekracza 31 grudnia 2022 roku.

Projektodawca lub Partner musi prowadzić działalność w obszarze świadczenia usług zdrowotnych na terenie województwa śląskiego.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą uprawnione do tego na mocy przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Projekt przewiduje udzielanie usług zdrowotnych w oparciu o Evidence Based Medicine

TRWAŁOŚĆ MIEJSC ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH

Obowiązkowo należy zachować trwałości miejsc świadczenia usług zdrowotnych w przypadku realizacji działań:

- wsparcie działalności lub tworzenie nowych miejsc opieki medycznej w formie zdeinstytucjonalizowanej,
- przygotowanie i tworzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego,
- długoterminowa medyczna opieka domowa nad osobą niesamodzielną (w tym pielęgnarska opieka długoterminowa),
- pielęgniarstwo środowiskowe, wsparcie zespołów środowiskowych, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej lub psychiatrycznej.

Trwałość jest rozumiana jako instytucjonalna gotowość podmiotów do świadczenia usług.

TRWAŁOŚĆ NALEŻY ZACHOWAĆ CO NAJMNIJ PRZEZ OKRES ODPOWIADAJĄCY POŁOWIE OKRESU REALIZACJI PROJEKTU

Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM)

DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu POZ, leczenia szpitalnego lub AOS, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej).

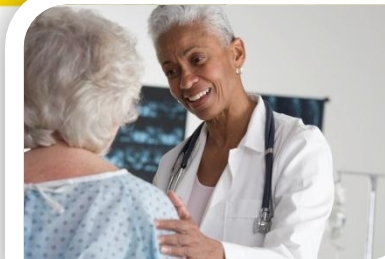


DDOM może być prowadzony przez podmiot leczniczy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

Czas trwania pobytu jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i **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). Dzienny czas pobytu nie może być krótszy niż 4 godziny.

DDOM funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin.

Pacjent Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM)



- ✓ pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji
- ✓ pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Świadczenia udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali **40-65 punktów**.

Pacjenci w wieku powyżej 65 powinni stanowić min. 50% łącznej liczby pacjentów.

W dziennym domu opieki medycznej może przebywać równocześnie 25 pacjentów.

Ze wsparcia wyłączone są osoby korzystające 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



Kategorie świadczeń

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).

Zespół terapeutyczny

- 1) **lekarz ubezpieczenia zdrowotnego**
- 2) **lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej** ;
- 3) **lekarz specjalista w dziedzinie geriatrici**;
- 4) **pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego**,
- 5) **pielęgniarka**
- 6) **osoba prowadząca fizjoterapię** – 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów;
- 7) **opiekun medyczny** – 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów
- 8) **terapeuta zajęciowy** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo
- 9) **psycholog lub psychoterapeuta** – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo

Dopuszcza się możliwość angażowania dietetyka, logopedę lub afazjologa

wynagrodzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego

doposażenie w sprzęt obiektu przeznaczonego bezpośrednio na DDOM

ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne – badania zlecone przez lekarza specjalistę (łączy koszt tych badań nie może przekroczyć kwoty 3 000 zł dla jednego pacjenta w ramach całego pobytu w DDOM)

opłaty za energię elektryczną, ciepłą, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków



Finansujemy

zabezpieczenie leków doraźnych, pierwszej pomocy, wyrobów medycznych, które nie wynikają z planu leczenia i pielęgnacji pacjenta,

opłaty za utrzymanie pomieszczeń (czynsz, najem, opłaty administracyjne)

wydatki poniesione na zakup materiałów gospodarczych oraz wyrobów medycznych i materiałów wykorzystywanych w terapii zajęciowej i usprawnianiu ruchowym

Kryteria obowiązkowe

Projekt ma obejmować wyłącznie utworzenie i funkcjonowanie Dziennego Domu Opieki Medycznej.



Działania realizowane w projekcie przez projektodawcę / partnerów są zgodne z zakresem dokumentu „Dzienny dom opieki medycznej – organizacja i zadania”, który jest załącznikiem nr 8 do regulaminu konkursu



Dzienny Dom Opieki medycznej powstanie na terenie województwa śląskiego

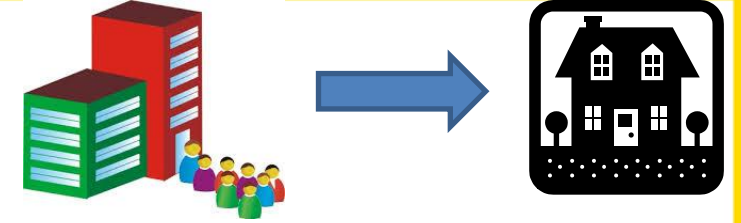


Wartość projektu wynosi nie więcej niż 1 300 000 złotych.



II pula środków

Deinstytucjonalizacja – możliwe działania



- **koordynator usług medycznych** - osoba niesamodzielna znajduje się pod opieką koordynatora medycznego, który skontroluje leki, suplementy i potrzebne badania/zabiegi.
- **opieka domowa nad osobą niesamodzielną** – osoba niesamodzielna może zostać objęta projektowym zespołem medycznym lub pielęgniarką z projektu, którzy wspomagają np. pielęgniarkę środowiskową dostępną z NFZ, co tym samym zwiększy ilość odwiedzin dla danego pacjenta w domu.
- **opieka medyczna nad osobami niesamodzielnymi** w zastępstwie za opiekunów będących członkami rodzin
- **wsparcie psychologiczne lub szkolenia dla opiekunów**, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi;
- **przygotowanie i tworzenie wypożyczalni sprzętu** rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego, połączonego z doradztwem w doborze sprzętu, treningami z zakresu samoobsługi wypożyczonego sprzętu oraz przygotowanie warunków do opieki domowej;
- **teleopieka medyczna**, wykorzystywana na potrzeby doradztwa medycznego oraz bezpośredniej pomocy personelu medycznego na wezwanie w szczególnej sytuacji;
- **szkolenia oraz prowadzenie doradztwa** w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnymi;
- **wsparcie zespołów środowiskowych**, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej lub psychiatrycznej.

Co można finansować ?

UWAGA !

Wnioskodawca wskazuje we wniosku o dofinansowanie zakres lub częstotliwość danej usługi zdrowotnej, jaka może zostać sfinansowana w ramach środków publicznych

(jeśli usługa funkcjonuje w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych).

W przypadku usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, dla których czas oczekiwania na realizację wykracza poza czas trwania projektu – należy wskazać dane źródłowe

usługi zdrowotne,
rehabilitacyjne i
pielęgnacyjne

- nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo
- po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie realizacji wsparcia danego uczestnika w ramach projektu albo
- w przypadku gdy wsparcie osoby przewiduje usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego przedsięwzięcia, ale obejmujące także usługi zdrowotne ponadstandardowe, stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej

Co można finansować ?

zatrudnienie personelu



- świadczącego usługi zdrowotne lub opiekuńcze

działania informacyjno-
edukacyjne



- działania informacyjno-edukacyjne prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, osób z ich otoczenia, opiekunów, osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności do lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, psychologów

zapewnienie transportu osoby
niesamodzielnej lub personelu
sprawującego opiekę



- związane bezpośrednio z usługami zdrowotnymi świadczonymi osobie niesamodzielnej w ramach projektu

monitoring jakości i celowości
podejmowanych działań

Kryteria obowiązkowe

- Organizacja szkoleń i doradztwa w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnych, może stanowić jedynie wsparcie towarzyszące w projekcie.
- Projekt musi zawierać działania ukierunkowane na przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu leczenia szpitalnego na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przede wszystkim poprzez zapewnienie lub wzmocnienie koordynacji opieki nad pacjentem, lub rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad pacjentem, w szczególności poprzez rozwój środowiskowych form opieki.

Co najmniej jeden szpital lub jeden zakład prowadzący stacjonarną opiekę długoterminową nawiąże współpracę z co najmniej jednym podmiotem świadczącym usługi w zakresie POZ lub AOS lub co najmniej jednym podmiotem z III sektora.

Projektodawca realizujący wsparcie dla osób chorych psychicznie, musi zaplanować w projekcie działania realizujące cel główny II ŚLĄSKIEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2013-2020

Kryteria dodatkowe

6 pkt.

- projekt zakłada realizację wsparcia również w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w sobotę lub w niedzielę

4 pkt.

- projekt zakłada świadczenie usług z zakresu rehabilitacji medycznej dla co najmniej 50% uczestników projektu

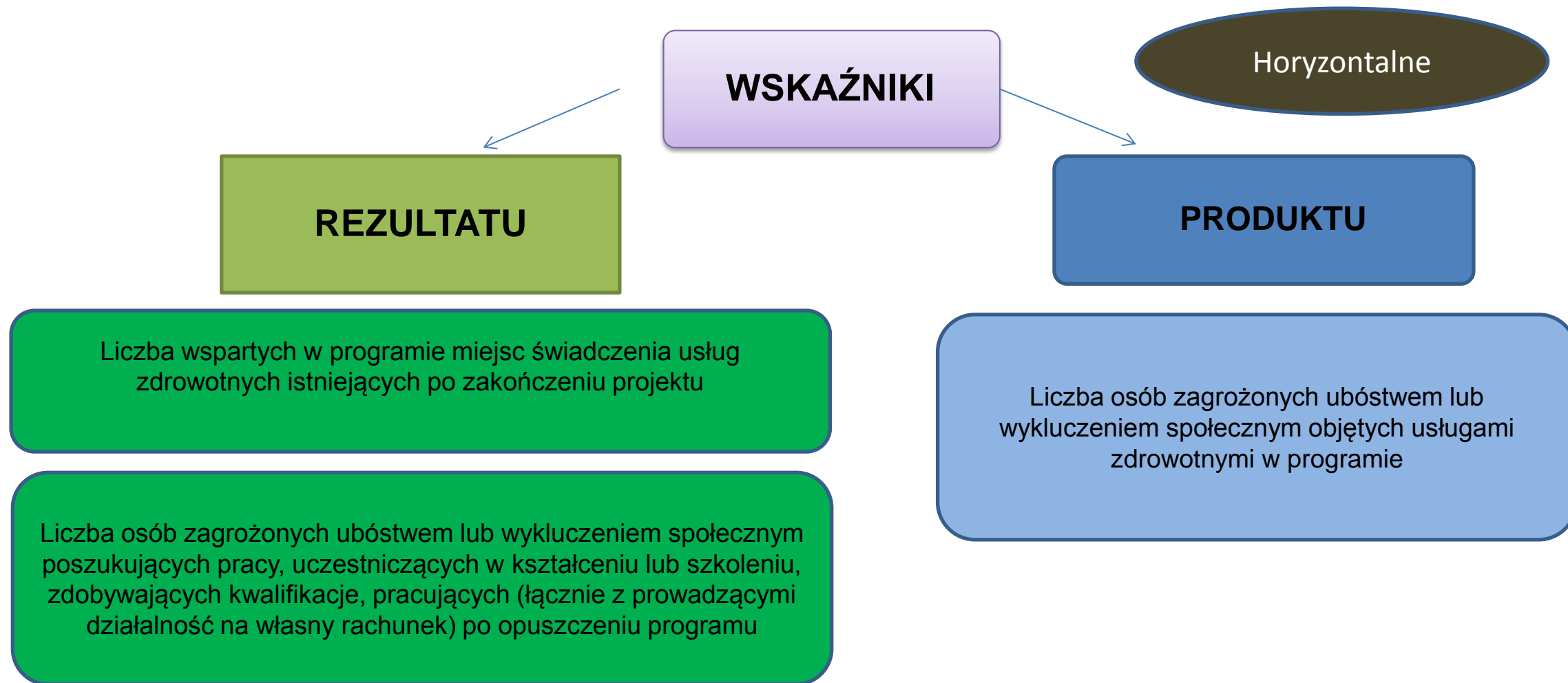
6 pkt.

- projekt zakłada wsparcie dla osób niesamodzielnych ze względu na podeszły wiek (powyżej 65 roku życia), żyjących w jednoosobowych gospodarstwach domowych

4 pkt.

- projektodawca lub partner jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ) na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń z właściwym Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Wskaźniki pomiaru stopnia osiągnięcia założeń konkursu



OBLIGATORYJNE DLA WSZYSTKICH PROJEKTÓW

Wskaźniki pomiaru stopnia osiągnięcia założeń konkursu – „miejsca”

Wskaźniki rezultatu bezpośredniego:

Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu

MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH

```
graph TD; A[MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH] --> B[miejsce wsparte ze środków EFS, w którym świadczona jest usługa zdrowotna lub miejsce gotowe do świadczenia usługi zdrowotnej po zakończeniu projektu]; A --> C[osoba, np. opiekun medyczny osób niesamodzielnych, która otrzymała wsparcie EFS (np. szkolenie) lub której wynagrodzenie sfinansowano ze środków projektu EFS, świadcząca lub gotowa do świadczenia usługi zdrowotnej po zakończeniu projektu (tzn. jest to każda osoba, która świadczy takie usługi lub obecnie ich nie świadczy, ale jest do tego odpowiednio przygotowana, czyli np. posiada odpowiednie kwalifikacje i jest zatrudniona na stanowisku, w ramach którego świadczone są usługi danego rodzaju)];
```

miejsce wsparte ze środków EFS, w którym świadczona jest usługa zdrowotna lub miejsce gotowe do świadczenia usługi zdrowotnej po zakończeniu projektu

osoba, np. opiekun medyczny osób niesamodzielnych, która otrzymała wsparcie EFS (np. szkolenie) lub której wynagrodzenie sfinansowano ze środków projektu EFS, świadcząca lub gotowa do świadczenia usługi zdrowotnej po zakończeniu projektu (tzn. jest to każda osoba, która świadczy takie usługi lub obecnie ich nie świadczy, ale jest do tego odpowiednio przygotowana, czyli np. posiada odpowiednie kwalifikacje i jest zatrudniona na stanowisku, w ramach którego świadczone są usługi danego rodzaju)

Wskaźniki horyzontalne



Dodatkowo Wnioskodawca zamieszcza następujące wskaźniki horyzontalne we wniosku o dofinansowanie projektu:

- a. Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
- b. Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami (np. tłumacz języka migowego, transport niskopodłogowy, dostosowanie infrastruktury komputerowej np. programy powiększające, mówiące, drukarki materiałów w alfabecie Braille'a).
- c. Liczba osób objętych szkoleniami/doradztwem w zakresie kompetencji cyfrowych.
- d. Liczba podmiotów wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne.

Na etapie wniosku o dofinansowanie projektu wartości docelowe tych wskaźników mogą przybrać wartość „0”. Natomiast na etapie realizacji projektu powinien zostać odnotowany faktyczny przyrost wybranego wskaźnika.

UWAGA!

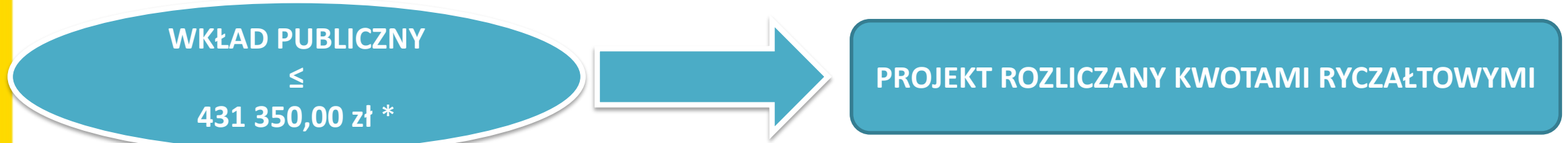
**WNOSKODAWCY SĄ ZOBIGOWANI DO WYKAZYWANIA WSZYSTKICH
WSKAŹNIKÓW DOTYCZĄCYCH LICZBY OSÓB W PODZIALE NA PŁEĆ**

Schemat oceny projektów



Uprozczone metody rozliczania wydatków

Za pomocą uproszczonych metod rozliczania wydatków rozliczane będą projekty do równowartości kwoty 100 000 EURO* wartości wkładu publicznego, tj. **431 350,00 zł.**



*kurs Euro obowiązujący na przedostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc ogłoszenia konkursu/naboru (4.3135 PLN)

Kryterium weryfikowane jest na podstawie punktu C.2 wniosku o dofinansowanie - Zakres finansowy oraz tabeli D.2. Źródła finansowania wydatków.

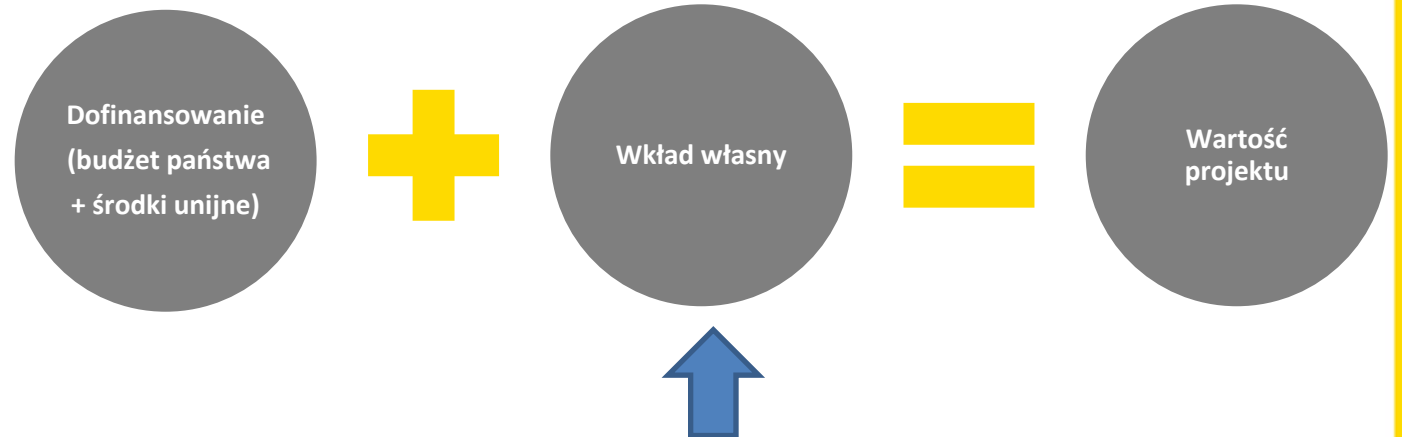
C.1. ZADANIA W PROJEKCIE (ZAKRES RZECZOWY)

Czy projekt będzie rozliczany kwotami ryczałtowymi?

TAK

Kwalifikowalność wydatków

WYDATKI KWALIFIKOWALNE



- publiczny lub prywatny
- wkład rzeczowy lub finansowy (należy zaznaczyć check-box w budżecie)

Wkład własny

Zgodnie z zapisem regulaminu konkursu,

wkład własny lub jego część nie może być wniesiony w ramach kosztów pośrednich.

Cały wkład własny (tj. 7% całkowitej wartości projektu) musi zostać wykazany w ramach kosztów bezpośrednich w budżecie projektu w cz. C.2 ZAKRES FINANSOWY.

Powyższe **nie dotyczy projektów rozliczanych z zastosowaniem kwot ryczałtowych.**

W konsekwencji we wnioskach rozliczanych na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków w polu „C.2.2. Stawki ryczałtowe - Koszty pośrednie” kwota z kolumny „Wydatki ogółem/ kwalifikowalne” winna być równa kwocie z kolumny „Dofinansowanie”, a wkład własny Projektodawcy przypisany do poszczególnych zadań i wydatków.

Przykładowy prawidłowy zapis:

C.2.2. Stawki ryczałtowe - Koszty pośrednie

Lp.	Nazwa ryczałtu	Stawka ryczałtowa	Wydatki ogółem/ kwalifikowalne	Dofinansowanie
1.	Koszty pośrednie	25.00	85917.81	85917.81

C.2.2. Stawki ryczałtowe - Koszty pośrednie

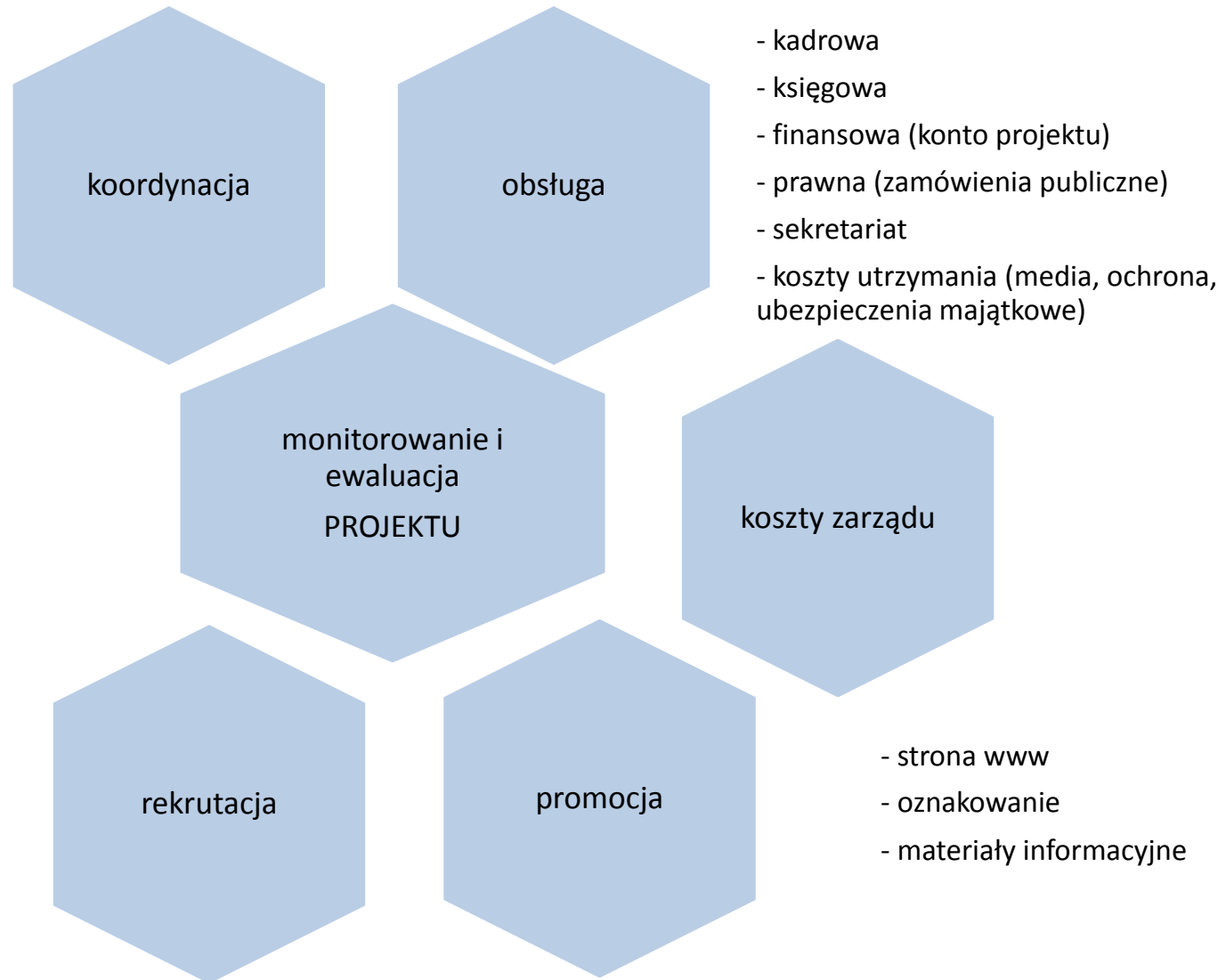
Lp.	Nazwa ryczałtu	Stawka ryczałtowa	Wydatki ogółem/ kwalifikowalne	Dofinansowanie
1.	Koszty pośrednie	25.00	51652.15	33573.90

Koszty pośrednie

Koszty pośrednie nie są związane z głównym przedmiotem projektu.

Dotyczą wymienionych czynności **bez względu na fakt, kto i w jakiej formie je wykonuje.**

Wszelkie koszty związane z obsługą administracyjną projektu powinny być obligatoryjnie rozliczane w kosztach pośrednich.



Koszty pośrednie

Koszty pośrednie są rozliczane tylko na podstawie **stawki ryczałtowej**, której limit procentowy ustalany jest na podstawie wartości kosztów bezpośrednich projektu.

Wartość kosztów bezpośrednich projektu (w PLN)	%
do 830 tys. PLN włącznie	25 %
powyżej 830 tys. do 1 740 tys. PLN	20 %
powyżej 1 740 tys. do 4 550 tys. PLN	15 %
powyżej 4 550 tys. PLN	10 %

Wskazany procent możliwych do rozliczenia kosztów pośrednich odpowiada kosztom bezpośrednim.



Prawidłowy montaż - tabela D.2

D.2 Źródła finansowania wydatków

(w podziale na zakładki Wnioskodawca, + Partner 1/Partner2..., Podsumowanie- automatycznie)

85%
EFS

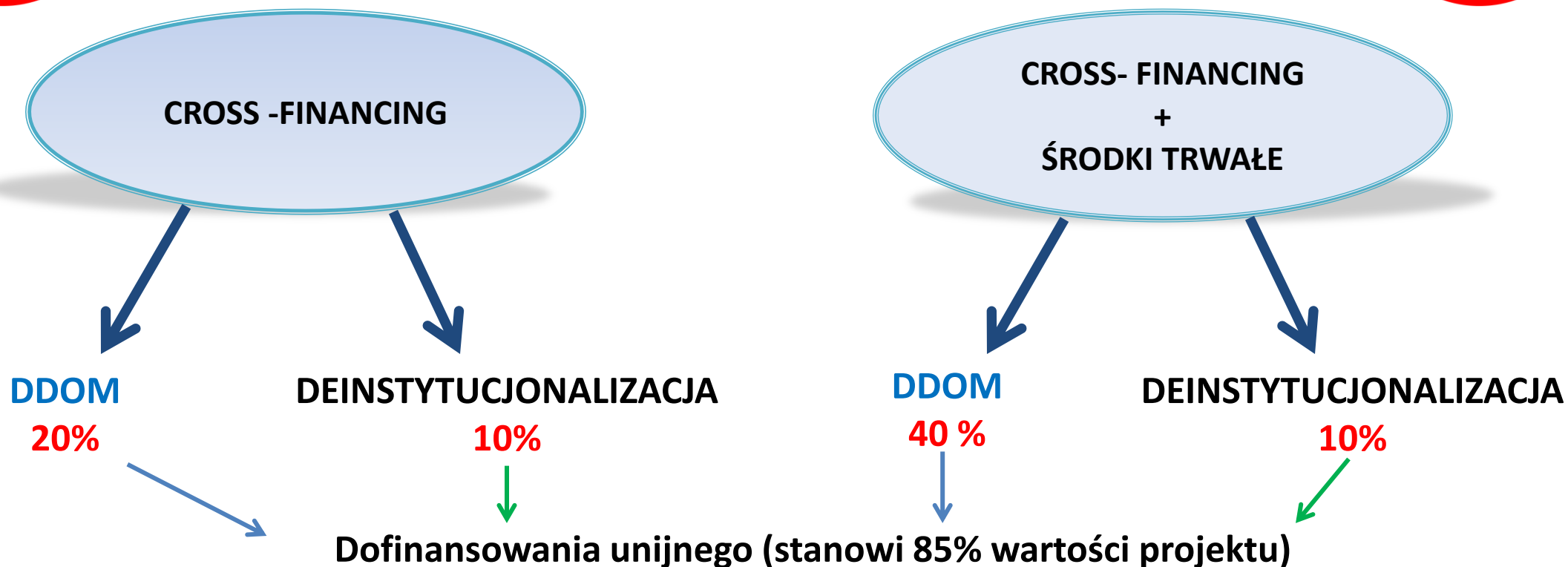
8%
BP

7%
ww

lub

Lp.	Źródło	Kwota wydatków ogółem	Kwota wydatków kwalifikowalnych
1.	Dofinansowanie / środki unijne	Pole liczbowe	Automatycznie
2.	Krajowe środki publiczne: a+b+c	Automatycznie	Automatycznie
a.	budżet państwa w tym: a= a1+a2...	Automatycznie	Automatycznie
a1.	państwowe jednostki budżetowe	Pole liczbowe	Automatycznie
a2.	dysponenci budżetu państwa	Pole liczbowe	Automatycznie
a3.	inne	Pole liczbowe	Automatycznie
b.	budżet jednostek samorządu terytorialnego	Pole liczbowe	Automatycznie
c.	inne krajowe środki publiczne c= c1+c2...	Pole liczbowe	Automatycznie
c1.	Fundusz Pracy	Pole liczbowe	Automatycznie
c2.	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych	Pole liczbowe	Automatycznie
c3.	inne	Pole liczbowe	Automatycznie
3.	Prywatne	Pole liczbowe	Automatycznie
4.	Suma ogółem w PLN: 1+2+3	Automatycznie	Automatycznie
	w tym: EBI	Pole liczbowe	Automatycznie
5.	Wkład publiczny w PLN: 1+2	Automatycznie	Automatycznie

LIMITY



IOK dopuszcza finansowanie środków trwałych w ramach projektów wyłącznie w sytuacjach, gdy zostanie należycie udowodnione, że będą one wykorzystywane w ramach nowo rozwijanej formy opieki zdeinstytucjonalizowanej.

Najczęstsze błędy we wnioskach



- **B.4** – należy zawsze wskazać PKD projektu;
- **D.1** i **D.2** – należy zastosować właściwy dla konkursu montaż finansowy (dof. UE – 85%, BP – 8%, wkład własny – 7% wydatków kwalifikowalnych);
- W budżecie błędnie zaznaczone wydatki jako „**usługi zlecone**” (taka kategoria już nie funkcjonuje);
- **Zadania opisane zbyt lakonicznie** i niespójne z budżetem (jak również pozycje budżetu niewystarczająco uzasadnione w stosunku do planowanych zadań);
- Brak **wskaźników horyzontalnych** (są konieczne do uwzględnienia, nawet jeżeli ich wartość wynosi 0).
- B.11.2. Opis sytuacji problemowej grup docelowych (..)- należy zawrzeć informację dot. dostępności usługi zdrowotnej ze środków publicznych, jej zakres lub częstotliwość.

B.11. Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu w odniesieniu do grupy docelowej

B.11.1. Osoby i/lub podmioty/instytucje, które zostaną objęte wsparciem

Osoby wykluczone lub zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenie

Osoby objęte wsparciem w ramach projektu	K	M	O
	104	56	160
Instytucje objęte wsparciem	0		

Brak podziału na płeć

Należy nie interpretować instytucji objętej wsparciem jako placówkę, gdzie odbywa się wsparcie. Wartość będzie zwiększona w przypadku, gdy Wnioskodawca zakłada wsparcie dla innej placówek zdrowotnych.

C.2.1 Wydatki rzeczywiście poniesione

Lp	Sygnatura	Nazwa kosztu	Kategoria podlegająca limitom	Pomoc publiczna / Pomoc de minimis	Beneficjent pomocy	ilość	j.m.	Cena jednostkowa	Wydatki kwalifikowalne	Wnioskowane dofinansowanie	% dofinans.
1	WYD018		Środek trwały;	Pomoc de minimis	Partner	60.00	szt.	1 107,00	66 420,00	66 420,00	100,00

Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Wydział Europejskiego
Funduszu Społecznego

ZAPRASZAM DO KONTAKTU

więcej na:

rpo.slaskie.pl

Gabriela Oziewicz
gabriela.oziewicz@slaskie.pl

Tel. 32 77 40 556

