

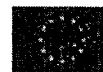
Załącznik nr 6 do Regulaminu Konkursu - Wymagania dotyczące standardu oraz cen rynkowych



**Rzeczpospolita
Polska**



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**Wymagania dotyczące standardu oraz cen rynkowych
w ramach konkursu
nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-003/18**

SPIS TREŚCI

I.	CEL.....	3
II.	INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE KONKURSU	3
III.	STANDARDY W ZAKRESIE REALIZACJI POSZCZEGÓLNYCH FORM WSPARCIA.....	6
III.1.	Świadczenia pielęgnacyjne / opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowane w warunkach domowych.....	6
III.2.	Opieka paliatywna lub hospicyjna	7
III.2.1.	Opieka paliatywna lub hospicyjna realizowana w warunkach domowych	7
III.2.2.	Opieka paliatywna lub hospicyjna realizowana w warunkach ambulatoryjnych	8
III.3.	Opieka zdrowotna dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie Centrum zdrowia psychicznego lub zespołów leczenia środowiskowego	8
III.4.	Dzienne domy opieki medycznej.....	9
III.5.	Wsparcie psychologiczne i szkolenia dla opiekunów w zakresie opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi	9
III.6.	Teleopieka, doradztwo na telefon	10
III.7.	Szkolenia i doradztwo w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnych	11
IV.	MECHANIZM RACJONALNYCH USPRAWNIEN.....	11
V.	KATALOG CEN RYNKOWYCH.....	13
V.1	Personel projektu/ wykonawca usługi.....	13
V.2.	Towary i usługi	20

I. CEL

Celem niniejszego dokumentu jest określenie jednolitych standardów realizacji projektów, wybieranych do dofinansowania w konkursie nr RPLD.09.02.02-IP.01-10-002/18, w ramach Poddziałania IX.2.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz maksymalnych cen rynkowych w odniesieniu do najczęściej mogących wystąpić w projekcie wydatków. Wymagania dotyczące standardu stanowią integralną część regulaminu konkursu.

Dokument opracowano na podstawie postanowień rozdziału 6.2 pkt 4 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

Dokument ten określa standard w zakresie realizacji poszczególnych form wsparcia oraz maksymalne ceny rynkowe.

Wymagania dotyczące standardu oraz cen rynkowych stanowią element oceny wniosku oraz obowiązują beneficjenta na etapie realizacji i rozliczania projektu.

II. INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE KONKURSU

1. Typ projektu przewidziany do realizacji w ramach konkursu: rozwój usług medyczno-opiekuńczych dla osób niesamodzielnych, w tym osób starszych lub z niepełnosprawnościami służących zaspokojeniu rosnących potrzeb wynikających z niesamodzielności (usługi zdrowotne).
2. Wsparcie powinno być realizowane zgodnie z:
 - a) Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 z dnia 9 stycznia 2018 r.;
 - b) Dzienny dom opieki medycznej - organizacja i zadania (Standard DDOM) dokument przyjęty Uchwałą Nr 49/2017/XIV Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 września 2017 roku.
 - c) Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne - Narzędziem nr 18 „Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)”
 - d) Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.
3. Wnioskodawcą/ partnerem musi być podmiot będący wnioskodawcą/ partnerem w projekcie realizowanym w ramach konkursu nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-001/17 lub nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-003/17, który realizuje projekt na obszarze wskazanym w zatwierdzonym wniosku w wymienionych powyżej konkursach.

4. Projekt musi być realizowane na terenie powiatu/ powiatów objętych wsparciem w ramach konkursu nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-001/17 lub nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-003/17.
5. Wsparciem mogą być objęte tylko:
 - osoby niesamodzielne;
 - otoczenie osób niesamodzielnych w szczególności opiekunowie faktyczni oraz rodziny osób niesamodzielnych;
 - podmioty lecznicze w zakresie szkoleń i prowadzonego doradztwa w celu dostosowania ich do potrzeb osób niesamodzielnych.
6. **Osoba niesamodzielną** zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 to osoba, która ze względu na wiek stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
7. Do oceny stopnia niesamodzielnosci może być stosowana m.in. skala Barthel, która 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. Skala ta pozwala zdiagnozować, które czynności chory potrafi wykonać bez pomocy z zewnątrz, które z pomocą lub w ogóle nie potrafi wykonać. W skali Barthel można uzyskać max. 100 pkt. Są trzy przedziały oceny, uzyskanie:
 - od 0 do 20 pkt oznacza całkowitą niesamodzielnosc,
 - od 20 do 80 pkt – chory może funkcjonować samodzielnie w określonym stopniu,
 - od 80 do 100 pkt – chory funkcjonuje samodzielnie, ewentualnie z niewielką pomocą z zewnątrz.
8. Planując wsparcie w ramach projektu zasadne jest uwzględnienie kompleksowych działań z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi. W związku z tym w pierwszej kolejności podejmowane w ramach projektu działania muszą być skierowane bezpośrednio do osób niesamodzielnosci. Dodatkowo projekt można rozszerzyć o wsparcie dla opiekunów faktycznych i podmiotów świadczących usługi na rzecz osób niesamodzielnosci.
9. Wsparciem można objąć otoczenie osób niesamodzielnosci, o ile jest ono niezbędne dla skutecznego wsparcia tych osób.
10. Usługi zdrowotne muszą być świadczone na poziomie lokalnych społeczności, czyli umożliwiać osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Usługi te mają zapobiegać odizolowaniu osób od rodziny i środowiska lokalnego, a gdy to nie jest możliwe, gwarantują tym osobom warunki życia jak najbardziej zbliżone do warunków domowych i rodzinnych oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Usługi te są świadczone w sposób:

- a) zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby) oraz jak najbardziej zbliżony do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym i rodzinnym;
 - b) umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą;
 - c) zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
 - d) gwarantujący, że wymagania organizacyjne związane ze świadczeniem danej usługi nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej.
11. Zgodnie z szczegółowym kryterium dostępu nr 4 „**Świadczenia opieki zdrowotnej**”, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są wyłącznie przez podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa obowiązującego.
12. Zgodnie ze szczegółowym kryterium dostępu nr 5 „**Działania w ramach projektu**”, projekt musi zakładać świadczenie co najmniej jednej z następujących usług:
- a) usługi pielęgnacyjne / opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej **lub**
 - b) usługi w ramach opieki paliatywnej / hospicyjnej realizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej **lub**
 - c) usługi pielęgniarki wykraczające poza gwarantowane świadczenia określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej **lub**
 - d) opiekę zdrowotną dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie centrum zdrowia psychicznego lub zespołów leczenia środowiskowego **lub**
 - e) usługi w dziennych domach opieki medycznej (DDOM).
13. Ponadto w ramach kompleksowości projektu można rozwijać działania uzupełniające:
- a) działania wspierające opiekunów faktycznych w opiece nad osobami niesamodzielnymi
 - b) działania szkoleniowe i doradcze w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnych
 - c) transport osób niesamodzielnych,
 - d) teleopieka i systemy przywoławcze¹
14. Usługi zdrowotne, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne mogą być realizowane w ramach projektu po warunkiem, że:
- a) nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo
 - b) po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania projektu albo

¹ Nie ma możliwości świadczenia wsparcia w stacjonarnych ośrodkach typu dom pomocy społecznej, czy zakład opiekuńczo-leczniczy.

- c) usługi zdrowotne jednocześnie obejmują gwarantowane usługi jak i usługi ponadstandardowe, stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej.
15. Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do osób niesamodzielnych, osób z ich otoczenia, opiekunów, osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności do lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, psychologów prowadzone mogą być wyłącznie przez osoby uprawnione
16. do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
17. Za świadczone usługi nie można pobierać opłat od uczestnika projektu.

III. STANDARDY W ZAKRESIE REALIZACJI POSZCZEGÓLNYCH FORM WSPARCIA

III.1. Świadczenia pielęgnacyjne / opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowane w warunkach domowych.

1. Wymagane jest aby usługi w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej były realizowane w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w szczególności zaś z warunkami realizacji określonymi w Załączniku 4 do ww. Rozporządzenia. Dopuszcza się realizację działań wykraczających poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Zgodnie z ww. Rozporządzeniem do usług w ramach opieki długoterminowej w pierwszej kolejności mają zostać zakwalifikowane osoby, które w ocenie opartej na skali Barthel otrzymały 40 punktów lub mniej. Jednakże Instytucja Pośrednicząca z uwagi na charakter konkursu dopuszcza możliwość świadczenia usług zdrowotnych osobom niesamodzielnym, które w ocenie opartej na skali Barthel otrzymały 60 punktów lub mniej.
3. Świadczenia udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:
 - pielęgniarzką opiekę długoterminową domową,
 - zespół długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie.
4. Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Osoby objęte taką opieką nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej domowej opieki pielęgniarzkiej, realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.
5. Pielęgniarska opieka długoterminowa obejmuje:
 - a) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
 - b) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
 - c) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
 - d) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;

- e) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
 - f) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.
6. Osoby z niewydolnością oddechową, którzy nie wymagają pobytu w zakładach opieki całodobowej, ale wymagają stosowania respiratora mogą skorzystać z domowej opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie, zgodnie z zakresem świadczeń wymienionym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

III.2. Opieka paliatywna lub hospicyjna

1. Wymagane jest aby podstawowe usługi w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej były realizowane w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności zaś z warunkami realizacji określonymi w Załączniku 2 do ww. Rozporządzenia. Dopuszcza się realizację działań wykraczających poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Do usług w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej zakwalifikować można osoby chorujące na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe zgodnie z Załącznikiem nr 1 do ww. Rozporządzenia.
3. Opieka paliatywna i hospicyjna jest to całościowe postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z problemami związanymi z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu przez wczesne ich wykrycie, całościową ocenę i leczenie uwzględniające uśmierzanie bólu, duszności i inne czynniki somatyczne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów psychosocjalnych i duchowych wraz ze wsparciem dla rodziny chorego podczas choroby i w okresie żałoby. Szereg działań z zakresu opieki paliatywnej jest podejmowanych we wcześniejszym okresie choroby jeszcze w okresie leczenia mającego na celu przedłużenie życia.

III.2.1. Opieka paliatywna lub hospicyjna realizowana w warunkach domowych

1. Hospicjum domowe umożliwia przebywanie osobom wśród bliskich, we własnym domu, w otoczeniu osób, które kochają, pośród znanych sobie sprzętów i ulubionych przedmiotów.
2. Świadczenia gwarantowane obejmują:
 - a) świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
 - b) świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
 - c) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
 - d) leczenie innych objawów somatycznych;
 - e) opiekę psychologiczną na świadczeniobiorcą i jego rodziną;
 - f) rehabilitację;

- h) zapobieganie powikłaniom;
 - i) badanie zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym;
 - j) ordynacja leków,
 - k) bezpłatne wypożyczanie wyrobów medycznych².
3. Do działań wykraczających poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej zaliczyć można m.in.:
- a) wspieranie rodzin w czasie trwania choroby przez wolontariuszy i personel projektu niewymieniony ww. Rozporządzeniu. Do zadań tych osób należy m.in. pomoc podczas karmienia, zabiegów pielęgnacyjnych, ćwiczeń, pomoc w drobnych pracach porządkowych, towarzyszenie: czytanie choremu lub wspólne spędzanie czasu wolnego, towarzyszenie osobom poruszającym się na wózkach podczas spacerów itp;
 - b) pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych tj. świadczenia udzielne przez pracownika socjalnego dotyczące np. informowania o możliwych do uzyskania świadczeniach, pomaganie w przygotowaniu i skompletowaniu dokumentów do ZUS w celu uzyskania świadczenia rentowego, podwyższenia stopnia niepełnosprawności z racji postępującej choroby lub przyznania dodatku pielęgnacyjnego z powodu niezdolności do samodzielnej egzystencji, itp.;
 - c) edukację i poradnictwo zdrowotne;
 - d) „opiekę wyręczającą” w hospicjum stacjonarnym, tj. przyjmowanie chorych na określony czas, nie dłuższy niż 10 dni,
 - e) wspieranie rodzin w czasie żałoby;
 - f) sfinansowanie wymiernych materiałów jednorazowych stanowiących wyposażenie używanego sprzętu np.: filtry, przewody gumowe, cewniki do ssaków, zgodnie z zasadami użytkowania.

III.2.2. Opieka paliatywna lub hospicyjna realizowana w warunkach ambulatoryjnych

1. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują:
- a) porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego;
 - b) porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy;
 - c) świadczenia pielęgniarstwa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

III.3. Opieka zdrowotna dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie Centrum zdrowia psychicznego lub zespołów leczenia środowiskowego

1. Wymagane jest aby usługi w ramach Centrum zdrowia psychicznego (CZP) lub zespołów leczenia środowiskowego były realizowane w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Dopuszcza się realizację działań

² Możliwe jest pobieranie kaucji zwrotnej (zabezpieczenia) za wypożyczany sprzęt.

- wykraczających poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.
 3. CZP dla dorosłych składa się co najmniej z zespołu:
 - a) ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarstwa, interwencje socjalne;
 - b) środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
 - c) dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
 - d) szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym.
 4. Zespół leczenia środowiskowego prowadzi leczenie w miejscu zamieszkania osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, które ze względu na charakter objawów, trudności w codziennym funkcjonowaniu i niedostateczne oparcie społeczne nie mają możliwości skorzystać z pomocy ambulatoryjnej, a nie wymagają pobytu w oddziale psychiatrycznym.
 5. Zadaniem zespołu leczenia środowiskowego są wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia terapeutyczne.

III.4. Dzielne domy opieki medycznej

1. Wymagane jest aby usługi w ramach Dzielnego domu opieki medycznej (DDOM) realizowane były zgodnie z dokumentem „Dzielny dom opieki medycznej - organizacja i zadania (Standard DDOM)” przyjętym Uchwałą Nr 49/2017/XIV Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 września 2017 r.
2. Dokument stanowi Załącznik nr 10 do Regulaminu konkursu.
3. W ramach projektu nie ma możliwości finansowania trwałości działań DDOM wdrażanych w ramach PO WER.

III.5. Wsparcie psychologiczne i szkolenia dla opiekunów w zakresie opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi

1. Szkolenia powinny stanowić odpowiedź na potrzeby i deficyty u opiekunów osób niesamodzielnymi w związku z pełnioną przez nich rolą. W związku z tym szkolenia powinny obejmować różnorodną tematykę - od podstawowej opieki nad osobą niesamodzielną (np. opieka nad osobą leżącą, zasady przemieszczania, zmiany pościeli, mycie, dobieranie materiałów chłonnych, udzielanie pierwszej pomocy, profilaktyka przeciwoleżynowa), po szczegółowe zagadnienia z dziedziny konkretnych chorób.

2. Szkolenia powinny mieć wymiar indywidualny, co m.in. oznacza, że usługi powinny być realizowane w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną.
3. Jedną z form ułatwiających dostęp do wiedzy opiekuńczej może być doradztwo telefoniczne (infolinia), świadczone przez profesjonalną kadre, najlepiej całodobowo.
4. Możliwe jest organizowanie grup wsparcia zrzeszających opiekunów osób niesamodzielnych służących wymianie doświadczeń, wzajemnej pomocy oraz udzielaniu rad.
5. W przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez opiekuna faktycznego lub potrzeby odpoczynku opiekuna faktycznego możliwe jest okresowe umieszczenie osoby niesamodzielnej w zdeinstytucjonalizowanej placówce stacjonarnej. Rekomenduje się aby okres przebywania osoby w placówce był nie dłuższy niż 1 miesiąc, przy czym zgodnie z zasadą indywidualizacji wsparcia każdorazowo winna być rozpatrywana konkretna sytuacja opiekuńcza.
6. Działania informacyjno-edukacyjne dla opiekunów osób niesamodzielnych mogą być prowadzone wyłącznie przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

III.6. Teleopieka, doradztwo na telefon

1. Teleopieka polega na wykorzystaniu nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w usługach opiekuńczych. Jest stałym, całodobowym wsparciem udzielanym za pośrednictwem telefonu i Internetu oraz systemu wzywania pomocy medycznej w przypadkach zagrożenia bezpieczeństwa zdrowia i życia osób pozostających pod jej pieczę.
2. Zadaniem teleopieki jest udzielanie m.in. wsparcia w codziennym funkcjonowaniu podopiecznych w przypadku złego samopoczucia. Teleopieka zapewnia pomoc i wsparcie m.in. w przypadku nagłego zachorowania – dzięki systemowi możliwe jest umówienie wizyty u lekarza, zamówienie transportu medycznego, a także uzyskanie informacji o najbliższych aptekach.
3. Teleopieka ma służyć samotnym osobom niesamodzielnym, obawiającym się braku dostępu do podstawowej opieki w nagłej potrzebie.
4. Nie ma możliwości świadczenia teleopieki w placówkach zinstytucjonalizowanych świadczących profesjonalne usługi opiekuńcze (domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze).
5. Wymaga się aby usługi w ramach teleopieki świadczone były 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu (również w dni ustawowo wolne od pracy).
6. W ramach teleopieki można używać sprzętu monitorującego zdrowie osób niesamodzielnych w ich własnym domu. Uczestnik projektu powinien zostać zaopatrzony w indywidualne urządzenie łącznościowe umożliwiające korzystanie z teleopieki. W zależności od rodzaju choroby, niepełnosprawności oraz w zależności od indywidualnej zdolności obsługi, uczestnik projektu otrzymuje odpowiednie urządzenie, które umożliwia łączność z systemem. Za pomocą tego urządzenia pacjent

przekazuje sygnały lub informacje o stanie zdrowia, a zwrotnie otrzymuje zalecenia, ostrzeżenia lub innego rodzaju usługę, np. przyjazd pielęgniarki, lekarza.

7. Przykładem użycia systemu teleopieki jest czujnik łóżka. Używa się go do monitorowania osoby niesamodzielnej, która jest zmuszona do ciągłego przebywania w łóżku lub zwyczajnie podczas snu. Czujnik załącza się gdy osoba opuści łóżko i nie powróci do niego przez konkretny okres czasu. Taki czujnik może być połączony także z automatycznym sensorem światła, który włączy się po opuszczeniu łóżka przez osobę niesamodzielną.

III.7. Szkolenia i doradztwo w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnych

1. Wsparcie ma za zadanie przygotowanie personelu podmiotów leczniczych (m.in. ordynatorów oddziałów szpitalnych, lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, rehabilitantów) do kompleksowej pomocy osobom niesamodzielnym i ich otoczeniu.
2. Uczestnicy szkoleń powinni nabyć wiedzę, którą wykorzystają bezpośrednio do świadczenia usług i pracy na rzecz osób niesamodzielnych. Przykładowe szkolenia: organizacja środowiskowej pomocy dla osób niesamodzielnych wypisywanych z instytucjonalnej służby zdrowia, opieka paliatywna i długoterminowa w domu, komunikacja – jak rozmawiać z osobą niesamodzielną i jego rodziną, wykorzystanie telemedycyny w opiece długoterminowej i paliatywnej itp.
3. Działania szkoleniowe i doradcze muszą być prowadzone wyłącznie przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
4. Szkolenia i doradztwo w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnych może być realizowane w projekcie pod warunkiem realizacji usług zdrowotnych bezpośrednio skierowanych do osób niesamodzielnych. Nie jest możliwa realizacja projektu skierowanego wyłącznie do podmiotów leczniczych.
5. Działanie to może być objęte regułami pomocy de minimis. Ze wsparcia wyłączone zostają duże przedsiębiorstwa.

IV. MECHANIZM RACJONALNYCH USPRAWNIEN³

1. Mechanizm racjonalnych usprawnień oznacza możliwość finansowania specyficznych usług dostosowawczych lub oddziaływania na szeroko pojętą infrastrukturę, nieprzewidzianych z góry we wniosku o dofinansowanie projektu, lecz uruchamianych wraz z pojawieniem się w projekcie (w charakterze uczestnika lub personelu) osoby z niepełnosprawnością.
2. **W projektach dedykowanych**, w tym zorientowanych wyłącznie lub przede wszystkim na osoby z niepełnosprawnościami (np. osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi) oraz

³ Mechanizm racjonalnych usprawnień wynika z Wytocznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020

projektach skierowanych do zamkniętej grupy uczestników, **wydatki na sfinansowanie mechanizmu racjonalnych usprawnień są wskazane we wniosku o dofinansowanie projektu.**

3. Każde racjonalne usprawnienie wynika z relacji przynajmniej trzech czynników:
 - a) dysfunkcji związanej z danym uczestnikiem projektu,
 - b) barier otoczenia,
 - c) charakteru usługi realizowanej w ramach projektu.
4. W ramach przykładowego katalogu kosztów racjonalnych usprawnień jest możliwe sfinansowanie:
 - a) kosztów specjalistycznego transportu na miejsce realizacji wsparcia;
 - b) dostosowania architektonicznego budynków niedostępnych (np. zmiana miejsca realizacji projektu; budowa tymczasowych podjazdów; montaż platform, wind, podnośników; właściwe oznakowanie budynków poprzez wprowadzanie elementów kontrastowych i wypukłych celem właściwego oznakowania dla osób niewidomych i słabowidzących itp.);
 - c) dostosowania infrastruktury komputerowej (np. wynajęcie lub zakup i instalacja programów powiększających, mówiących, kamer do kontaktu z osobą posługującą się językiem migowym, drukarek materiałów w alfabecie Braille'a);
 - d) dostosowania akustycznego (wynajęcie lub zakup i montaż systemów wspomagających słyszenie, np. pętli indukcyjnych, systemów FM);
 - e) asystenta tłumaczącego na język łatwy;
 - f) asystenta osoby z niepełnosprawnością;
 - g) tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika;
 - h) przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu;
 - i) alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych (szkoleniowych, informacyjnych, np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille'a, wersje w języku łatwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym, itp.);
 - j) zmiany procedur;
 - k) wydłużonego czasu wsparcia (wynikającego np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łatwego itp.);
 - l) dostosowania posiłków, uwzględniania specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności.
5. Każdy wydatek poniesiony w celu ułatwienia dostępu i uczestnictwa w projekcie osób z niepełnosprawnościami jest kwalifikowalny, o ile nie stanowi wydatku niekwalifikowalnego na mocy przepisów unijnych oraz Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.
6. W sytuacji pojawienia się w projekcie specjalnych potrzeb osoby lub osób z niepełnosprawnościami, beneficjent ma możliwość dokonania przesunięć środków w

ramach budżetu na ten cel. W przypadku braku takiej możliwości, może wnioskować o zwiększenie wartości dofinansowania projektu.

7. Ponosząc wydatki na mechanizm racjonalnych usprawnień, beneficjent jest zobowiązany do uzasadnienia konieczności poniesienia kosztu racjonalnego usprawnienia z zastosowaniem najbardziej efektywnego dla danego przypadku sposobu (np. prymat wynajmu nad zakupem).

V. KATALOG CEN RYNKOWYCH

Poniższe zestawienie podaje maksymalne ceny rynkowe brutto (w przypadku wynagrodzenia personelu/osób zatrudnianych na umowy cywilno-prawne tzw. ubruttowane brutto) wydatków najczęściej występujących we wnioskach o dofinansowanie projektu i nie powinny być przekraczane bez należytego uzasadnienia.

Nie jest to katalog zamknięty i inne koszty związane z realizacją projektu, które nie zostały w nim ujęte powinny być zgodne z cenami rynkowymi oraz spełniać zasady kwalifikowalności wydatków określone w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014-2020.

Zgodnie z zapisami Instrukcji wypełniania wniosku o dofinansowanie projektu stanowiącej załącznik nr 2 do Regulaminu konkursu, dla każdego wydatku w projekcie należy wskazać metodologię wyliczenia wartości danej pozycji budżetowej wraz z określeniem podstawy przyjętej ceny jednostkowej dla danego wydatku.

Wszystkie koszty będą rozpatrywane zgodnie ze specyfiką ocenianego projektu. Podczas analizy poziomu zaplanowanych w projekcie kwot, oceniający będą brali pod uwagę takie aspekty jak: wielkość/ wartość projektu, wielkość grupy docelowej, złożoność zadań zaplanowanych do realizacji czy czasowe zaangażowanie personelu projektu oraz wykonawcy realizującego usługę, co oznacza, że ceny w podanych wysokościach, nie będą zatwierdzane „automatycznie”.

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014-2020 podatek od towarów i usług (VAT) może być uznany za wydatek kwalifikowalny tylko wtedy, gdy został faktycznie poniesiony i nie ma prawnej możliwości odzyskania podatku VAT.

Przedstawione poniżej kwoty zawierają podatek od towarów i usług VAT. W przypadku niekwalifikowania podatku VAT należy zaplanować w budżecie projektu kwoty proporcjonalnie niższe.

V.1 Personel projektu/ wykonawca usługi

W przypadku zatrudnienia personelu projektu wskazane poniżej ceny należy traktować jako typowe koszty, co nie oznacza, iż należy je stosować w maksymalnej wysokości wykazanej poniżej. Przy ocenie kwalifikowalności wydatków związanych z zatrudnieniem personelu pod

uwagę będzie brany wymiar zatrudnienia danego pracownika na umowę o pracę i powiązana z nim wysokość wynagrodzenia. Przykładowo przy zatrudnieniu na ½ etatu wynagrodzenie nie może wynikać z przemnożenia liczby przepracowanych godzin i podanej w zestawieniu ceny jednostkowej ponieważ prowadzić to będzie do nieuzasadnionego zawyżenia poziomu wynagrodzeń.

Wydatki związane z wynagrodzeniem personelu są kwalifikowane pod warunkiem, że ich wysokość odpowiada wynagrodzeniom faktycznie stosowanym u beneficjenta na analogicznych stanowiskach lub na stanowiskach wymagających analogicznych kwalifikacji.

Natomiast przy ocenie kwalifikowalności i racjonalności kosztów związanych z zaangażowaniem osoby fizycznej na umowę cywilnoprawną, będącej wykonawcą w projekcie, pod uwagę będzie brana liczba godzin zaangażowania tej osoby w celu wykonania powierzonego zadania oraz czas jego trwania. Dlatego też biorąc pod uwagę zasadę nakład / rezultat stawka godzinowa w przypadku większej liczby godzin na realizację zadania powinna być odpowiednio niższa niż w przypadku mniejszego zaangażowania godzinowego danego wykonawcy. Jednocześnie wskazana poniżej maksymalna cena rynkowa za godzinę pracy na poszczególnych stanowiskach nie może być stosowana automatycznie i nie powinna być przekraczana bez stosownego uzasadnienia.

Po- z.	Nazwa	Wymagania ⁴	Maksymalna cena rynkowa (zł)	Jednostka miary
1.	Pielęgniarka/ pielęgniarz	Wydatek kwalifikowalny, o ile pielęgniarka/pielęgniarz posiada: – prawo do wykonywania zawodu	Wynagrodzenie zgodne ze stawkami stosowanymi u wnioskodawcy	etat / umowa cywilnoprawna z czasem pracy 160 h/m-c
2.	Pielęgniarka/ pielęgniarz koordynujący i nadzorujący pracę innych pielęgniarek /pielęgniarzy	Wydatek kwalifikowalny, o ile pielęgniarka/pielęgniarz koordynujący posiada: – prawo do wykonywania zawodu oraz – kwalifikacje do wykonywania zawodu związanego z zarządzaniem zasobami ludzkimi.	Wynagrodzenie zgodne ze stawkami stosowanymi u wnioskodawcy	etat / umowa cywilnoprawna z czasem pracy 160 h/m-c

⁴ Na etapie usługi realizacji projektu, za zgodą WUP w Łodzi, istnieje możliwość odstąpienia od minimalnych wymagań, o ile nie pozostaje to w sprzeczności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

3.	Lekarz	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile lekarz posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacje zgodne z Rozporządzeniem, w ramach którego realizowane jest wsparcie. 	Wynagrodzenie zgodne ze stawkami stosowanymi u wnioskodawcy	etat / umowa cywilnoprawna z czasem pracy 160 h/m-c
4.	Fizjoterapeuta/ka	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile fizjoterapeuta/-ka posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacje do wykonywania zawodu 	<p>3 600</p> <p>95</p>	<p>etat / umowa cywilnoprawna z czasem pracy 160 h/m-c</p> <p>godzina zegarowa</p>
5.	Dietetyk	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile dietetyk posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie i kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu dietetyka 	90	godzina zegarowa
6.	Logopeda/afazjolog	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile logopeda posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie i kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu logopedy – doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok. 	80	godzina zegarowa
7.	Psycholog	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile psycholog posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie wyższe/zawodowe lub certyfikaty/zaświadczenia/inne oraz – doświadczenie zawodowe umożliwiające 	Wynagrodzenie zgodne ze stawkami	etat

		<p>przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż 2 lata.</p> <p>Zgodnie z Ustawą dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów psychologiem może być osoba:</p> <ul style="list-style-type: none"> – która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej, – posiada pełną zdolność do czynności prawnych, – włada językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu psychologa, – odbyła podyplomowy staż zawodowy, pod merytorycznym nadzorem psychologa posiadającego prawo wykonywania zawodu, który ponosi odpowiedzialność za czynności zawodowe wykonywane przez psychologa - stażystę. W trakcie podyplomowego stażu zawodowego psycholog uzyskuje ograniczone prawo wykonywania zawodu. – po odbyciu stażu uzyskała 	<p>stosowanymi u wnioskodawcy</p> <p>85</p>	<p>godzina zegarowa</p>
--	--	---	---	-------------------------

		prawa wykonywania zawodu psychologa.		
8.	Psychoterapeuta	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile psychoterapeuta posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie wyższe o kierunku medycznym, społecznym lub humanistycznym oraz – certyfikat/akredytację potwierdzające posiadanie uprawnień do wykonywania zawodu psychoterapeuty. – doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż 3 lata. 	115	godzina zegarowa
10.	Terapeuta zajęciowy	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile terapeuta zajęciowy posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacje do wykonywania zawodu. – doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok. 	<p>Wynagrodzenie zgodne ze stawkami stosowanymi u wnioskodawcy</p> <p>55</p>	<p>etat / umowa cywilnoprawna z czasem pracy 160 h/m-c</p> <p>godzina zegarowa</p>
11.	Terapeuta uzależnień	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile terapeuta posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie wyższe kierunkowe (preferowane: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, 	95	godzina zegarowa

		<p>socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia;) oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> – uprawnienia do prowadzenia terapii tj. ukończenie szkolenia w dziedzinie uzależnień, zgodnie z programem wybieranym przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii lub Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz uzyskanie pozytywnego wyniku egzaminu oraz – doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia tj. co najmniej 3-letni staż pracy na podobnym stanowisku. 		
12.	Socjoterapeuta	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile socjoterapeuta posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie wyższe kierunkowe (preferowane: pedagogika resocjalizacyjna lub socjoterapia), oraz przygotowanie pedagogiczne, lub ukończył studia na dowolnym kierunku i studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny resocjalizacji lub socjoterapii, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne, lub ukończył zakład kształcenia nauczycieli w specjalności resocjalizacja lub socjoterapia, lub ukończył zakład kształcenia nauczycieli w dowolnej specjalności i kurs kwalifikacyjny w zakresie 	75	godzina zegarowa

		<p>resocjalizacji lub socjoterapii oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> – doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w prowadzeniu socjoterapii nie powinno być krótsze niż 2 lata. 		
13.	Masażysta	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile masażysta posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacje do wykonywania zawodu, – minimalne doświadczenie zawodowe w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok. 	75	godzina zegarowa
14.	Opiekun medyczny	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile opiekun medyczny posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacje do wykonywania zawodu. 	Wynagrodzenie zgodne ze stawkami stosowanymi u wnioskodawcy	etat / umowa cywilnoprawna z czasem pracy 160 h/m-c
15.	Trener/edukator	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile trener posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie wyższe/zawodowe lub certyfikaty/zaświadczenia/inne doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie nie powinno być krótsze niż 2 lata. 	85	godzina dydaktyczna tj. 45 minut zegarowych
16.	Pracownik socjalny	<p>Wydatek kwalifikowalny, o ile pracownik socjalny posiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wykształcenie zgodnie z wymaganiami określonymi w Ustawie z dnia 12 marca 		

		2004r. o pomocy społecznej (art.116) oraz – doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż 2 lata.	75 Wynagrodzenie zgodne ze stawkami stosowanymi u wnioskodawcy	godzina zegarowa etat / umowa cywilnoprawna z czasem pracy 160 h/m-c
17.	Wolontariusz opiekuńczy (hospicyjny)	Wydatek kwalifikowalny, o ile wolontariusz posiada odbyte szkolenie z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi i przygotowanie do wspierania pacjenta oraz jego bliskich.	Stawki zgodne z Ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.	

V.2. Towary i usługi

Poz.	Nazwa	Warunek kwalifikowalności	Maksymalna cena rynkowa	Jednostka miary
1.	Opieka krótkoterminowa w placówce stacjonarnej – <u>zakup usługi</u>	Opieka obejmuje koszty: – żywienia – zakwaterowania – konsultacji lekarskich przynajmniej 2 razy w tygodniu – całodobowej opieki pielęgniarstwa – terapii zajęciowej	150 zł Dłuższe pobyty do 1 m-ca 2 900 zł	Doba miesiąc
2.	Opieka krótkoterminowa z zamieszkaniem u osoby niesamodzielnej - <u>zakup usługi</u>	Opieka obejmuje koszty: – żywienia – całodobowej opieki pielęgniarstwa	160 zł 2 700 zł	doba miesiąc
3.	Koszty dojazdu	transport dotyczy osoby	3 zł	za km w

		niesamodzielnej związany bezpośrednio z dowozem na miejsce świadczenia usługi zdrowotnej w ramach projektu.	120 zł	przypadku standardowego przewozu
			20 zł	za przewóz w dwie strony w transporcie sanitarnym oczekiwania karetki - (co do zasady pierwsze 15, 30 minut oczekiwania jest bezpłatne)
4.	Lunch / obiad/kolacja	<ul style="list-style-type: none"> - obejmuje dwa dania (zupa i drugie danie) oraz napój, przy czym istnieje możliwość szerszego zakresu usługi, o ile mieści się w określonej cenie rynkowej; w przypadku lunchu/obiadu wydatek kwalifikowalny o ile wsparcie dla tej samej grupy osób w danym dniu trwa co najmniej 6 godzin lekcyjnych (tj. 6 x 45 minut) i nie jest przewidziany zimny bufet - w przypadku kolacji wydatek kwalifikowalny, o ile finansowana jest usługa noclegowa - cena rynkowa powinna być 	35 zł	osobodzień

		uzależniona od rodzaju oferowanej usługi i jest niższa, jeśli finansowany jest mniejszy zakres usługi (np. obiad składający się tylko z drugiego dania i napoju) – cena uwzględnia koszt dowozu, opakowania i obsługi		
5	Zimny bufet	<ul style="list-style-type: none"> – wydatek kwalifikowalny, o ile jest to uzasadnione specyfiką realizowanego projektu – wydatek kwalifikowalny, o ile forma wsparcia, w ramach której ma być świadczony zimny bufet dla tej samej grupy osób w danym dniu trwa co najmniej 4 godziny lekcyjne (tj. 4 x 45 minut) i nie jest przewidziany lunch/obiad – obejmuje kawę, herbatę, wodę, soki, mleko, cukier, cytryna, drobne słone lub słodkie przekąski typu paluszki lub kruche ciastka lub owoce, kanapki, przekąski koktajlowe, przy czym istnieje możliwość szerszego zakresu usługi, o ile mieści się w określonej cenie rynkowej. 	25 zł	osobodzie ń
6.	Przerwa kawowa	<ul style="list-style-type: none"> – wydatek kwalifikowalny, o ile jest to uzasadnione specyfiką realizowanego projektu; – obejmuje kawę, herbatę, wodę, mleko, cukier, cytrynę, drobne słone lub słodkie przekąski typu paluszki lub kruche ciastka lub owoce, przy czym istnieje możliwość szerszego zakresu usługi, o ile mieści się w określonej cenie rynkowej. – w przypadku, gdy wsparcie dla tej samej grupy osób w danym dniu trwa 6 godzin lekcyjnych (tj. 6x45 min) istnieje możliwość 	15 zł	osobodzie ń

		<p>zapewnienia drugiej przerwy kawowej (dotyczy to również przypadku, gdy przewidziany jest zimny bufet)</p> <p>– cena rynkowa powinna być uzależniona od rodzaju oferowanej usługi i jest niższa, jeśli finansowany jest mniejszy zakres usługi (np. kawa, herbata, woda, mleko, cukier, cytryna bez drobnych słonych lub słodkich przekąsek).</p>		
7.	Wynajem sali szkoleniowej	<p>Koszt obejmuje salę wyposażoną zgodnie z potrzebami projektu, m.in. w stoły, krzesła, rzutnik multimedialny z ekranem, komputer, tablice flipchart lub tablice suchościeralne, bezprzewodowy dostęp do Internetu oraz koszty utrzymania sali, w tym energii elektrycznej</p> <p>– wydatek kwalifikowalny, o ile sala oraz budynek, w którym ona się znajduje, zapewnia odpowiednie warunki socjalne, BHP oraz dostęp dla osób z niepełnosprawnością (niwelowanie barier architektonicznych), przy czym obowiązek ten nie dotyczy udostępnienia sal szkoleniowych jako wkład własny w projekcie - w takiej sytuacji wnioskodawca w ramach dofinansowania może zastosować mechanizm racjonalnych usprawnień</p>	<p>45 zł</p> <p>Cena obejmuje wynajem krótkoterminowy (w przypadku wynajmu sal szkoleniowych na okres dłuższy niż 80 godzin zegarowych cena powinna być niższa). Cena nie dotyczy wynajmu sal wyposażonych w sprzęt specjalistyczny umożliwiający udział we wsparciu osób z innymi rodzajami niepełnosprawności niż niepełnosprawność ruchowa (np. sala z pętlą indukcyjną).</p>	godzina zegarowa
8.	Wynajem sali na spotkania indywidualne	<p>Koszt obejmuje salę wyposażoną zgodnie z potrzebami projektu, m.in. w stoły, krzesła, rzutnik multimedialny z ekranem, komputer, tablice flipchart lub tablice suchościeralne,</p>	<p>35 zł</p> <p>Cena obejmuje wynajem krótkoterminowy (w przypadku wynajmu sal</p>	godzina zegarowa

		<p>bezprzewodowy dostęp do Internetu oraz koszty utrzymania sali, w tym energii elektrycznej wydatek kwalifikowalny, o ile sala oraz budynek, w którym ona się znajduje, zapewnia odpowiednie warunki socjalne, BHP oraz dostęp dla osób z niepełnosprawnością (niwelowanie barier architektonicznych), przy czym obowiązek ten nie dotyczy udostępnienia sal szkoleniowych jako wkład własny w projekcie - w takiej sytuacji wnioskodawca w ramach dofinansowania może zastosować mechanizm racjonalnych usprawnień</p>	<p>szkoleniowych na okres dłuższy niż 80 godzin zegarowych cena powinna być niższa). Cena nie dotyczy wynajmu sal wyposażonych w sprzęt specjalistyczny umożliwiający udział we wsparciu osób z innymi rodzajami niepełnosprawności niż niepełnosprawność ruchowa (np. sala z pętlą indukcyjną).</p>	
9	Laptop	<ul style="list-style-type: none"> — wydatek kwalifikowalny, o ile nabycie laptopa jest niezbędne w celu wspomagania procesu wdrażania projektu (udzielania wsparcia uczestnikom projektu), nie do obsługi projektu (co jest finansowane w ramach kosztów pośrednich) — wydatek kwalifikowalny w wysokości odpowiadającej odpisom amortyzacyjnym, zgodnie z pkt 4 podrozdziału 6.12.1 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014-2020 — wydatek kwalifikowalny w przypadku, gdy wnioskodawca nie posiada wystarczającego zaplecza technicznego do udzielania wsparcia uczestnikom projektu <p>wydatek kwalifikowalny, o ile laptop posiada parametry biurowe z oprogramowaniem systemowym i podstawowym pakietem biurowym</p>	<p>2 500 zł w przypadku jednorazowego odpisu amortyzacyjnego</p>	sztuka

		(licencja na 12 miesięcy)		
10	Zakup materiałów biurowych dla uczestników szkolenia	<ul style="list-style-type: none"> – wydatek kwalifikowalny, o ile jest to uzasadnione specyfiką realizowanego projektu – wydatek kwalifikowalny, o ile przewidziane są w ramach realizowanego projektu szkolenia/warsztaty/doradztwo – obejmuje zestaw składający się z teczki, notesu, długopisu lub zestawu z dodatkowym pendrive, co dotyczy tylko dużej ilości materiałów szkoleniowych nagrywanych na pendrive, zamiast wydruku tych materiałów – cena rynkowa powinna być uzależniona od rodzaju oferowanej usługi i jest niższa, jeśli finansowany jest mniejszy zakres usługi (np. notes i długopis) cena nie obejmuje kosztu logotypów (objęte są kosztami pośrednimi) 	<p>9 zł zestaw bez pendrive</p> <p>lub</p> <p>24 zł zestaw z pendrivem</p>	szafka