



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Kielcach
Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej

LOKALNY PLAN ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH I DEINSTYTUCJONALIZACJI DLA GMINY KAZIMIERZA WIELKA na lata 2026-2029



Kielce – Kazimierza Wielka – maj 2025

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE, OBSZAR I CZAS REALIZACJI	4
1. CHARAKTERYSTYKA I SYTUACJA SPOŁECZNA GMINY KAZIMIERZA WIELKA	8
1.1. Ogólna charakterystyka Gminy Kazimierza Wielka	8
1.2. Sytuacja demograficzna	11
1.3. Diagnoza potrzeb i sytuacji społecznej Gminy Kazimierza Wielka	14
2. DIAGNOZA SPOŁECZNA GMINY KAZIMIERZA WIELKA	48
2.1. Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnością	48
2.2. Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego	49
2.3. Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością	51
2.4. Osoby w kryzysie bezdomności	53
2.5. Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym	54
2.6. Opiekunowie faktyczni osób starszych i z niepełnosprawnością	55
3. PRZEJŚCIE OD OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ DO USŁUG ŚWIADCZONYCH NA POZIOMIE SPOŁECZNOŚCI LOKALNYCH	56
3.1. Wspieranie rozwiązań na poziomie lokalnych społeczności	56
3.2. Zagrożenia opieki instytucjonalnej	58
3.3. Lepsze wykorzystanie zasobów poprzez realizację usług na poziomie lokalnych społeczności	62
4. CELE I ZAŁOŻENIA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE KAZIMIERZA WIELKA	63
4.1. Cel i założenia w obszarze <i>Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnością</i>	63
4.2. Cel i założenia w obszarze <i>Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego</i>	64
4.3. Cel i założenia w obszarze <i>Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni</i>	65
4.4. Cel i założenia w obszarze <i>Osoby kryzysie bezdomności</i>	66

4.5. Cel i założenia w obszarze <i>Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym</i>	67
5. ZIDENTYFIKOWANE DZIAŁANIA I PROJEKTY LPDI dla GMINY KAZIMIERZA WIELKA	69
5.1. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru <i>Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnością</i>	69
5.2. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru <i>Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego</i>	71
5.3. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru <i>Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni</i>	72
5.4. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru <i>Osoby kryzysie bezdomności</i>	73
5.5. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru <i>Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym</i>	74
5.6. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru <i>Wdrożenie realizacji usług w społeczności lokalnej</i>	75
6. ZASADY WDRAŻANIA, MONITOROWANIA, AKTUALIZACJI LPDI dla GMINY KAZIMIERZA WIELKA	77
6.1. Dokumentacja procesu wdrażania	78
6.2. Podmioty zarządzające realizacją <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	79
6.3. System monitorowania i ewaluacji	81
7. PLAN FINANSOWANIA LPDI dla GMINY KAZIMIERZA WIELKA	83
7.1. Finansowanie realizacji LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka	83
7.2. Plan finansowania usług w ramach LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka	84

WPROWADZENIE, OBSZAR I CZAS REALIZACJI

Usługi społeczne są najważniejszym komponentem polityki społecznej realizowanej przez samorząd gminny i stanowią aktywną odpowiedź na wyzwania związane z potrzebami wynikającymi z takich procesów społecznych jak zmiany demograficzne i starzenie się populacji, zmiany w strukturze rodzin, przeobrażenia rynku pracy, wzrost liczby osób z niepełnosprawnościami w tym niepełnosprawnościami sprzężonymi, ryzyka socjalne, kryzysy personalne i rodzinne, a także zapotrzebowanie na kompetencje i kwalifikacje. Dostępność usług w zakresie wsparcia społecznego i profilaktyki powinna być realizowana z myślą o każdej osobie, która może ich potrzebować.

Usługi społeczne powinny umożliwiać osobom z nich korzystającym uczestnictwo w życiu społeczności na równych zasadach z innymi osobami. Zasada życia w społeczeństwie bywa rozumiana wąsko jako zamieszkanie w obrębie społeczności. Może to prowadzić do modelu świadczenia usług utrwalającego izolację społeczną użytkowników poprzez skupienie się na przykład na rozwoju usług mieszkaniowych np. domów dla grup jako najważniejszej alternatywie dla systemu opieki instytucjonalnej. Zamiast tego należy udostępnić szeroki zestaw usług, które usuną bariery dla uczestnictwa w życiu społeczności, ponieważ dostęp do podstawowych usług przyczyni się do włączenia społecznego. W przypadku dzieci oznacza to możliwość uczęszczania do powszechnych przedszkoli i szkół oraz brania udziału m.in. w zajęciach sportowych. W przypadku dorosłych może chodzić m.in. o dostęp do życia społecznego, możliwość kształcenia ustawicznego oraz realne szanse na zatrudnienie.

Podstawą filozofii usług społecznych realizowanych w rodzinie i społeczności lokalnej jest rezygnacja z traktowania osób korzystających z tych usług jako przedmiotów w procesie opieki, a pracowników opieki instytucjonalnej jako ekspertów w opiece nad nimi. Chodzi o uznanie prawa użytkowników i ich rodzin do decydowania o swoim życiu oraz kontroli nad wsparciem, jakie otrzymują. Również dzieci należy zachęcać do wyrażania opinii i preferencji oraz pomagać im w tym – ich poglądy trzeba szanować i brać pod uwagę przy podejmowaniu dotyczących ich decyzji. Ludziom powinno się zapewnić dostęp do informacji, poradnictwa i reprezentantów ich interesów, aby umożliwić im podejmowanie świadomych decyzji o wsparciu, a w razie potrzeby umożliwić skorzystanie z takiej terapii, jakiej sobie życzą.

Tradycyjnie wsparcie jest świadczone *service-oriented* tj. w sposób ukierunkowany na usługi, w sposób zmierzający do dostosowania odbiorców do istniejących możliwości świadczenia usług. Punktem wyjścia powinny natomiast stać się potrzeby i preferencje osób korzystających z usług społecznych, a wsparcie musi być dostosowane do ich indywidualnej sytuacji i umożliwiać dokonywanie osobistych wyborów. Oznacza to, że

użytkownicy i ich rodziny powinni również aktywnie uczestniczyć w projektowaniu oraz ewaluacji usług społecznych.

Skuteczne usługi społeczne powinny być świadczone w sposób ciągły, przez cały okres, gdy są potrzebne oraz elastycznie i na bieżąco modyfikowane w zależności od zmieniających się potrzeb i preferencji użytkowników. Jest to również kluczowe w procesie usamodzielnienia dzieci i młodzieży opuszczającej pieczę instytucjonalną – należy zapewnić im wsparcie przez okres potrzebny na przygotowanie się do samodzielności.

Rodzaj i poziom otrzymywanego wsparcia nie powinien być uzależniony od miejsca zamieszkania, lecz od potrzeb oraz wymagań danej osoby. Ponieważ usługi społeczne należy świadczyć niezależnie od miejsca zamieszkania, usługi społeczne świadczone w rodzinie i środowisku lokalnym pozwalają zapewnić wysoki poziom wsparcia nawet w miejscu zamieszkania, na terenach peryferyjnych i wiejskich. Pozwala to zagwarantować, że osoby zagrożone wykluczeniem nie utracą wsparcia, jeżeli zdecydują się z jakiegokolwiek powodu na zmianę miejsca zamieszkania.

W ramach kompleksowej transformacji systemu opieki, która zmierza do zmniejszenia uzależnienia od opieki instytucjonalnej i stacjonarnej, kładąc większy nacisk na usługi świadczone w rodzinie oraz środowisku lokalnym, priorytetem powinno stać się wprowadzenie skutecznej profilaktyki. Jeżeli pierwotne przyczyny umieszczania w opiece instytucjonalnej nie zostaną usunięte, a mechanizmy zapobiegające przyjmowaniu kolejnych pensjonariuszy będą nieskuteczne, wysiłki na rzecz zakończenia świadczenia opieki instytucjonalnej mogą mieć niską skuteczność, gdyż miejsca zwolnione przez ludzi opuszczających zakłady zostaną szybko wypełnione przez nowych podopiecznych.

Celem planów rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji powinno być wspieranie osób i rodzin, nie zaś obwinianie ich za niepełnosprawność, bezdomność, ubóstwo czy też piętnowanie ich z powodu pochodzenia, nietradycyjnej struktury rodziny, zwyczajów czy sposobu życia.

Szczególne miejsce w polityce społecznej przypisuje się osobom z grup szczególnie zagrożonych wykluczeniem, takich jak osoby z niepełnosprawnościami, osoby w kryzysach: psychicznym, bezdomności, uzależnienia i przemocy oraz rodziny, w tym dzieci i młodzież przebywające w pieczy zastępczej. Na tych grupach skoncentrowane są *Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do 2030 (z perspektywą do 2035)*, oraz *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030*, a na poziomie regionalnym *Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji Województwa Świętokrzyskiego na lata 2023-2025*. Deinstytucjonalizacja rozumiana powinna być nie tyle jako dążenie do zamknięcia zakładów opieki, ale jako proces rozwoju usług społecznych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności, który miałby umożliwić pozostawanie przez osobę potrzebującą pomocy jak najdłużej w swoim środowisku zamieszkania. W ten kontekst społeczny, strategiczny i programowy wpisuje się niniejszy *Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*.

Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029 odnosi się do czterech grup docelowych:

- dzieci w pieczy zastępczej w tym dzieci z niepełnosprawnościami
- osoby niepełnosprawne
- osoby starsze
- osoby w kryzysie zdrowia psychicznego

W Konwencji o prawach dziecka ONZ dziecko definiuje się jako „każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletność”.

W Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych zalicza się do nich osoby: „które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami”.

Termin „osoby w kryzysie zdrowia psychicznego” odnosi się do osób, u których postawiono diagnozę psychiatryczną i które poddano leczeniu. Chociaż takie osoby są objęte definicją osób niepełnosprawnych w *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*, należy zauważyć, że wiele z nich nie uważa siebie samych za niepełnosprawne. W niniejszych wytycznych określenie „osoby niepełnosprawne” należy jednak rozumieć jako obejmujące również osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym.

Na szczęblu ONZ brak jest przyjętej definicji osób starszych. Według Światowej Organizacji Zdrowia w krajach rozwiniętych przyjęto, wszakże wiek 65 lat jako granicę, powyżej której osobę określa się jako starszą lub w podeszłym wieku. Należy tu zauważyć, że prawdopodobieństwo niepełnosprawności zwiększa się wraz z wiekiem. W związku z tym na szczególną uwagę zasługuje podgrupa „osób bardzo starych”.

Należy mieć świadomość, że granice między tymi poszczególnymi grupami docelowymi mogą czasem się zacierać: termin „dzieci” odnosi się zarówno do osób z niepełnosprawnościami, jak i bez dysfunkcji, a także może odnosić się do osób w kryzysie zdrowia psychicznego, a termin „osoby niepełnosprawne” również do osób w wieku powyżej 65 lat i vice versa.

W wielu miejscach wraz z użytkownikami usług wspomina się o rodzinie i opiekunach rodzinnych. W *Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2023-2025* termin ten jest używany w szerszym sensie, obejmując nie tylko rodziców lub małżonków, ale także partnerów, rodzeństwo, dzieci i członków rodziny rozszerzonej – rozumianych jako otoczenie społeczne.

Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029 został opracowany dla obszaru Gminy Kazimierza Wielka, w Powiecie Kazimierskim, w ramach podregionu NUTS 3 - Podregion Sandomiersko-Jędrzejowski, który stanowi część regionu NUTS 2 – Świętokrzyskiego, w jednym z siedmiu makroregionów NUTS 1 – Makroregion Centralny, w Rzeczypospolitej Polskiej – zgodnie

***Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029***

z regulacjami czwartej rewizji NUTS 2016 określonymi w Rozporządzeniu Komisji UE 2016/2066 z dnia 21 listopada 2016 r. zmieniającym załączniki do rozporządzenia WE nr 1059/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustalenia wspólnej klasyfikacji Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych (NUTS) (Dz. Urz. UE L 322 z 29.11.2016).

Czas realizacji *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* obejmuje okres od 01 stycznia 2026 do 31 grudnia 2029.

Opracowanie *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* zostało sfinansowane ze środków projektu ***Koordinacja 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, we współpracy Gminy Kazimierza Wielka i doradców Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Kielcach.

1. DIAGNOZA POTRZEB I SYTUACJI SPOŁECZNEJ GMINY KAZIMIERZA WIELKA

1.1 Ogólna charakterystyka Gminy Kazimierza Wielka

Gmina Kazimierza Wielka leży w południowej części województwa świętokrzyskiego, w Powiecie Kazimierskim, graniczy z gminami Skalmierz, Czarnocin, Opatowiec i Bejsce oraz z województwem małopolskim - powiat proszowicki – z gminami Paęcznica, Proszowice i Koszyce.

Powierzchnia gminy obejmuje obszar 139,9 km², co stanowi 1,20% powierzchni województwa świętokrzyskiego. W skład gminy wchodzi 42 sołectwa: Boronice, Broniszów, Chruszczyna Mała, Chruszczyna Wielka, Cło, Cudzynowice, Dalechowice, Donatkowice, Donosy, Gabułów, Głuchów, Gorzków, Góry Sieradzkie, Gunów Kolonia, Gunów Wilków, Hołdowiec, Jakuszowice, Kamieńczyce, Kamyszów, Kazimierza Mała, Krzyszkowice, Lekszyce, Łekawa, Łyczaków, Marcinkowice, Nagórzanki, Odonów, Paśmiechy, Plechów, Plechówka, Podolany, Sieradzice, Skorczów, Stonowice, Stradlice, Wielgus, Wojciechów, Wojstawice, Wymysłów, Zagórzycze, Zięblice, Zysławice.



Zgodnie z podziałem fizycznogeograficznym Polski wg Kondrackiego obszar Gminy Kazimierza Wielka należy do megaregionu Pozaalpejska Europa Środkowa, prowincji Wyżyn Polskich, podprowincji Wyżyna Małopolska, makroregionu Niecka Nidziańska oraz mezoregionu Płaskowyż Proszowicki.



Płaskowyż Proszowicki – mezoregion fizycznogeograficzny w południowej Polsce, w południowej części Niecki Nidziańskiej, na pograniczu województw małopolskiego i świętokrzyskiego. Graniczy od północy z Wyżyną Miechowską i Garbem Wodzisławskim, od wschodu z Doliną Nidy, od południowego wschodu z Niziną Nadwiślańską a od

zachodu z Pomostem Krakowskim, Obniżeniem Cholerzyńskim i Wyżyną Olkuską. Region jest płaskowyżem zbudowanym z pokrytych lessem morskich osadów miocenu, osiągałym wysokość od 220 do 280 m n.p.m. Powierzchnia płaskowyżu jest rozczłonkowana na rozległe wzgórza. Ze względu na urodzajne czarnoziemy Płaskowyż Proszowicki jest żyzną krainą rolniczą (pszenica, buraki cukrowe).

Przez region przepływają rzeki Szreniawa i Nidzica - dopływy Wisły. Głównymi miastami na Płaskowyżu Proszowickim są Proszowice, Skalbierz i Kazimierza Wielka.

Powierzchnia

Ze względu na posiadane warunki naturalne i stan uprzemysłowienia regionu, Gmina Kazimierza Wielka ma charakter rolniczy. Decydują o tym w głównej mierze stan uprzemysłowienia oraz posiadane warunki naturalne. Strukturę użytkowania gruntów w Gminie Kazimierza Wielka prezentuje tablica 1.1 oraz wykres 1.1.

W strukturze użytkowania gruntów dominują użytki rolne, które zajmują łącznie 12 451 hektarów (89,6%). Blisko 3,4% powierzchni Gminy zajmują lasy i grunty zadrzewione – 476 ha. Pozostałe grunty (w tym grunty zabudowane i zurbanizowane oraz nie-użytki), stanowiące 4,6% powierzchni, zajmują 633 ha.

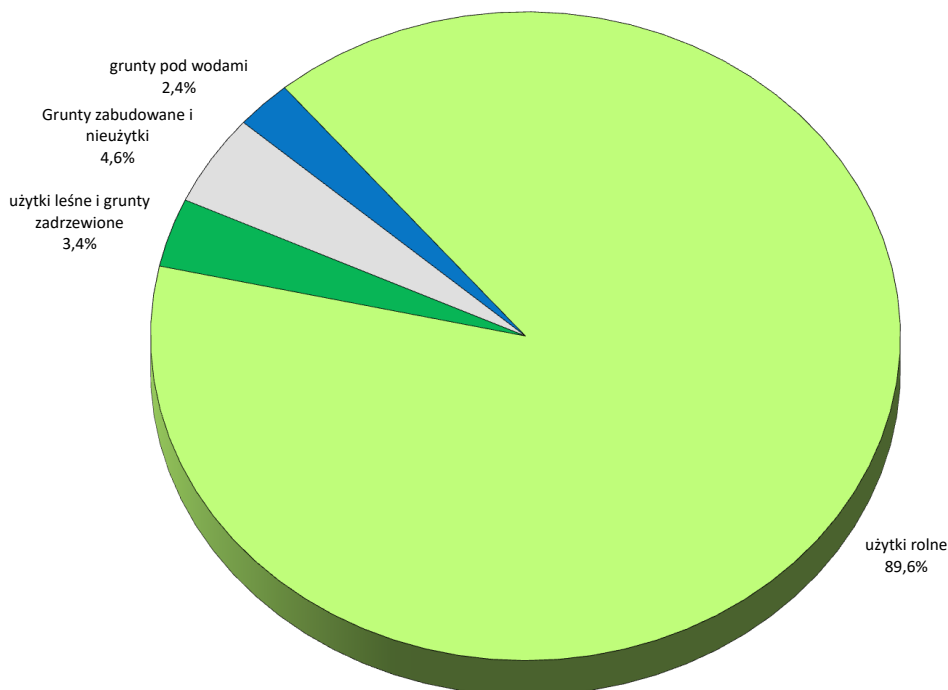
Tabela 1.1

Powierzchnia Gminy Kazimierza Wielka według kierunków wykorzystania

Rodzaje gruntów	Powierzchnia ewidencyjna [ha]	Udział w ogólnej powierzchni [%]
Powierzchnia ogólna	16 125	100,00
Powierzchnia użytków rolnych	3 240	20,09
w tym łąki i pastwiska	1 051	6,67
Pozostałe grunty i nieużytki	1 418	8,79
Lasy i grunty zadrzewione	11 127	69,00
Grunty pod wodami	340	2,11

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny
Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa kwiecień 2025

Wykres 1.1. Powierzchnia Gminy Kazimierza Wielka według kierunków wykorzystania



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny
Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa kwiecień 2025

1.2 Sytuacja demograficzna Gminy Kazimierza Wielka

Liczba ludności Gminy Kazimierza Wielka wynosiła w dniu 31 grudnia 2023 roku 15 210 osób. W tej liczbie było 7 812 kobiet i 7 398 mężczyzn (odpowiednio 51,4% i 48,6% populacji). Współczynnik feminizacji – tj. liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn – był na granicy normy i wyniósł 105,6. Oznacza to pozostawanie na granicy bezpiecznego poziomu wartości wskaźnika 105, powyżej którego relacja liczby kobiet do liczby mężczyzn może niekorzystnie wpływać na biologiczną reprodukcję populacji.

Sytuację demograficzną Gminy Kazimierza Wielka w latach 2020-2023 przedstawia tabela 1.2 i wykres 1.2.

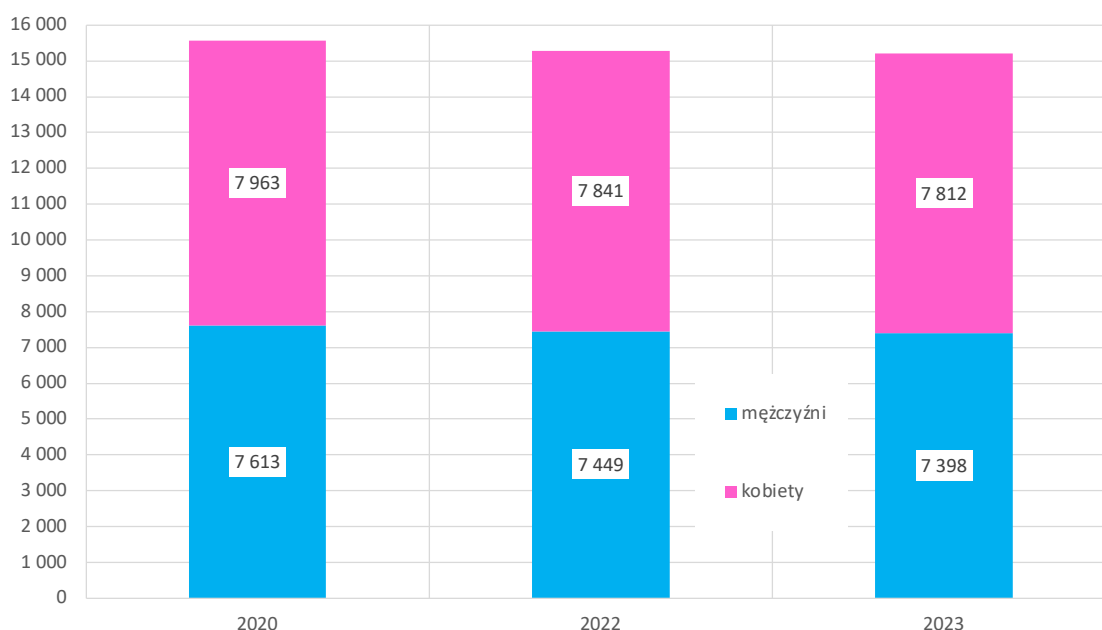
Tabela 1.2

Liczba ludności Gminy Kazimierza Wielka w latach 2020-2023

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Kobiety na 100 mężczyzn
2020	15 576	7 613	7 963	104,60
2022	15 290	7 449	7 841	105,26
2023	15 210	7 398	7 812	105,60

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa kwiecień 2025

Wykres 1.2 Liczba ludności Gminy Kazimierza Wielka w latach 2020-2023



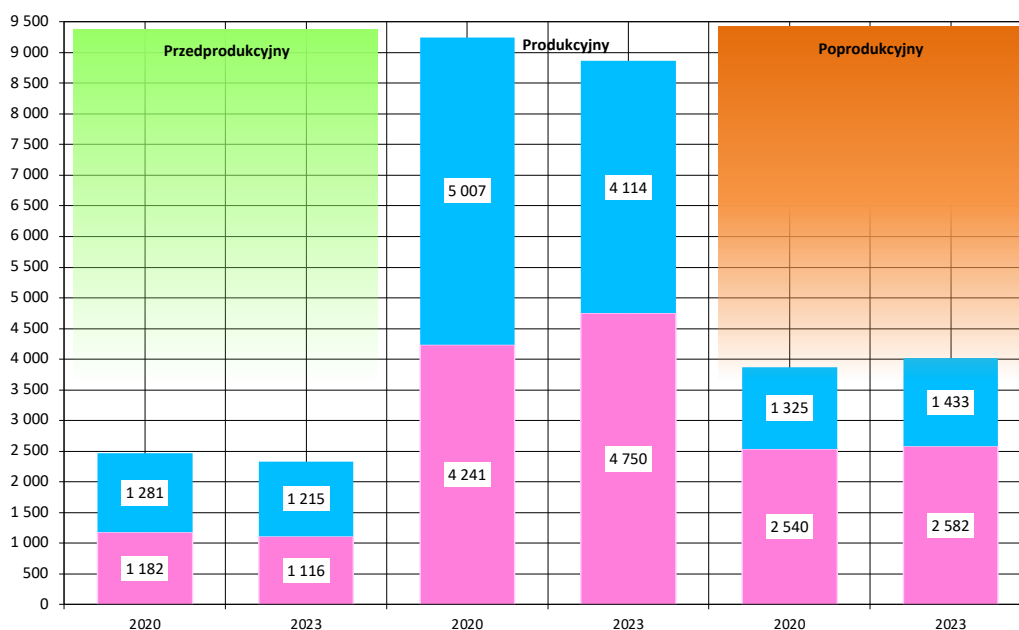
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa kwiecień 2025

Do roku 1999 liczebność ludności Gminy stale rosła. Od tego momentu, w relacji do lat poprzednich, liczba mieszkańców Gminy Kazimierza Wielka zaczęła nieznacznie spadać. Podobne tendencje obserwuje się w większości gmin w Polsce, ponieważ liczebność populacji Polski stopniowo spada. W badanym okresie rósł natomiast współczynnik feminizacji.

Liczba ludności w wieku produkcyjnym w Gminie utrzymuje się wprawdzie od kilku lat na prawie niezmiennym, nieznacznie obniżającym się poziomie – od 59,4% do 58,3%, jednak relacja w pozostałych grupach wiekowych zmienia się bardzo niekorzystnie. Na przestrzeni ostatnich lat nastąpił spadek liczby mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym oraz wzrost liczby mieszkańców w wieku poprodukcyjnym. Wskaźnik obciążenia demograficznego (ilość osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym na każde 100 osób w wieku produkcyjnym) w Gminie Kazimierza Wielka wynosił w badanym okresie 71,6 osoby. Był nieznacznie niższy od przeciętnego w Powiecie Kazimierskim - odpowiednio 72,0 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym.

Wykres 1.3 prezentuje strukturę ludności Gminy Kazimierza Wielka według grup wiekowych – produkcyjnych i nieprodukcyjnych.

Wykres 1.3 Struktura ludności Gminy wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa kwiecień 2025

Liczba ludności w wieku produkcyjnym w Gminie Kazimierza Wielka utrzymuje się wprawdzie od kilku lat na prawie niezmiennym poziomie – około 60%, jednak zaobserwowano tendencję spadkową. Ponadto – co jest szczególnie poważnym problemem – relacja w pozostałych grupach wiekowych zmienia się bardzo niekorzystnie. Na

przestrzeni ostatnich lat nastąpił spadek liczby mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym oraz wzrost liczby mieszkańców w wieku poprodukcyjnym. Wskaźnik obciążenia demograficznego (ilość osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym na każde 100 osób w wieku produkcyjnym) w Gminie Kazimierza Wielka wynosił w badanym okresie 71,6 osoby. Oznacza to wzrost o blisko 5% w porównaniu do poprzedniego okresu programowania i pogorszenie sytuacji demograficznej Gminy.

Umowna granica określająca stopień starzenia się społeczeństwa to 15% osób powyżej 60 roku życia. W Gminie Kazimierza Wielka na koniec roku 2020 wskaźnik ten wyniósł 28,7%, obecnie – na koniec roku 2023 – odnotowano istotny wzrost do poziomu 29,6%. Oznacza to blisko dwukrotne przekroczenie optymalnego poziomu wskaźnika i stan alarmowy. W najbliższych latach pojawią się trudności zabezpieczenia emerytalnego i podstawowej opieki zdrowotnej oraz wyludnianie Gminy.

Wskaźnik gęstości zaludnienia w Gminie Kazimierza Wielka zdecydowanie spadł w ciągu poprzednich okresów programowania i wyniósł 108,2 osób/km² – co oznacza spadek o ponad 3 osób/km². Gęstość zaludnienia była 1/3 wyższa od przeciętnego dla Powiatu Kazimierskiego.

Dane dotyczące przyrostu naturalnego w Gminie Kazimierza Wielka prezentuje tabela 1.3.

Tabela 1.3

Przyrost naturalny w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2023

Wyszczególnienie	Przyrost naturalny (na 1000 ludności)	Przyrost naturalny (w osobach)
2020	- 7,81	-122
2021	- 9,99	-153
2023	- 6,17	-94

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa kwiecień 2025

Z zaprezentowanych danych wynika, iż przyrost naturalny w Gminie Kazimierza Wielka ma wysoki poziom ujemny i zbliżony od przeciętnego dla Powiatu Kazimierskiego i Województwa Świętokrzyskiego. W liczbach bezwzględnych wartości przyrostu naturalnego oznaczają, iż w ciągu każdego roku **ubywało** w Gminie Kazimierza Wielka przeciętnie około 123 mieszkańców – najwięcej w roku 2021 (153 osoby).

1.3. Diagnoza potrzeb i sytuacji społecznej Gminy Kazimierza Wielka

Pomoc osobom i rodzinie przyznaje się – zgodnie z ustawą o pomocy społecznej – ze względu na następujące powody:

- ✓ ubóstwa,
- ✓ sieroctwa,
- ✓ bezdomności,
- ✓ bezrobocia,
- ✓ niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- ✓ przemocy w rodzinie,
- ✓ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- ✓ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- ✓ bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- ✓ trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach,
- ✓ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- ✓ alkoholizmu lub narkomanii,
- ✓ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- ✓ klęski żywiołowej lub ekologicznej.

1.3.1. Realizacja zadań z zakresu wspierania rodziny

Członkowie rodziny tworzą układ, na który można spojrzeć jak na system. Wzajemne oddziaływanie na siebie poszczególnych elementów, czyli członków rodziny powoduje funkcjonowanie systemu. W rodzinie zdrowej relacje pomiędzy małżonkami są równoległe oraz dwukierunkowe, oparte na wspólnych ustaleniach dotyczących podziału obowiązków i sposobu wychowywania dzieci. Zaburzone funkcjonowanie jednego z jej członków uderza w cały jej system rodzinny, wtedy można mówić o dysfunkcyjności takiej rodziny. Sama dysfunkcja oznacza zaburzenie komunikacyjne bądź strukturalne rodziny, np. centralną postacią jest rodzic będący sprawcą przemocy itd. Może to

też być zaburzenie własnych granic, granic pomiędzy poszczególnymi osobami w rodzinie, np. nieuszanowanie czyjejś intymności, uczuć i poglądów.

Tabela 1.4 oraz wykresy 1.4 i 1.5 przedstawia sytuację rodzin z problemami społecznymi w obszarze bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych w Gminie Kazimierza Wielka.

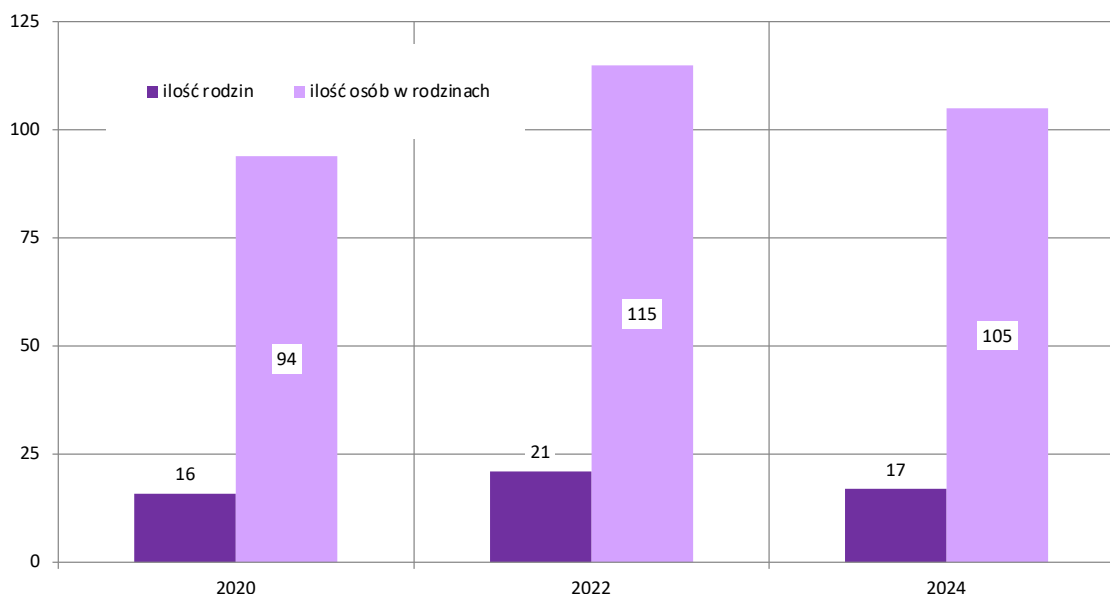
Tabela 1.4

Liczba rodzin korzystających z usług pomocy społecznej ze względu na potrzebę ochrony macierzyństwa i bezradność w sprawach opiekuńczo wychowawczych w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Potrzeba ochrony macierzyństwa – liczba rodzin	16	21	17
– liczba osób w rodzinach	94	115	105
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych – liczba rodzin	25	32	21
– liczba osób w rodzinach	60	109	62

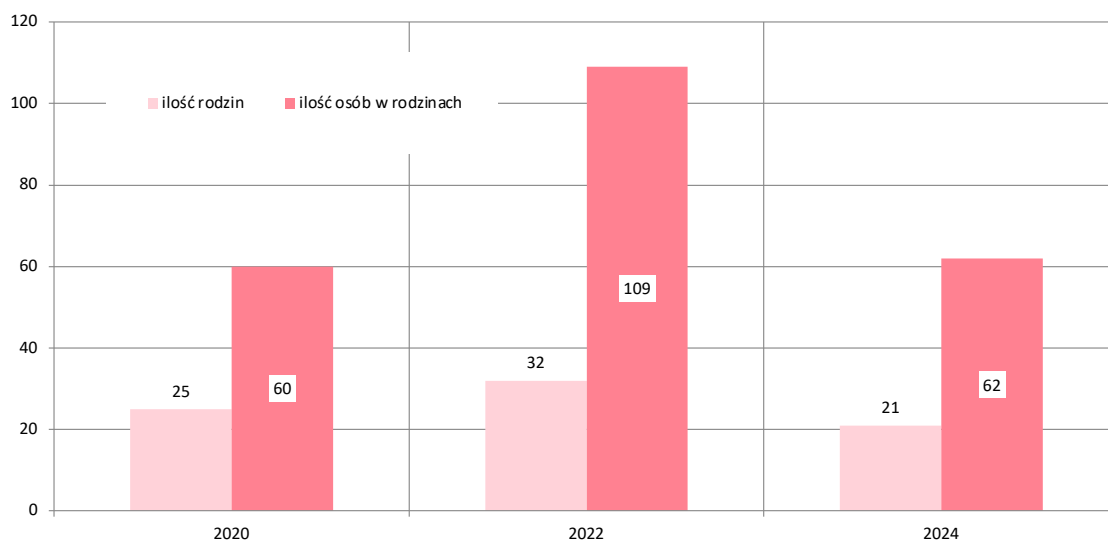
Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Wykres 1.4 Liczba rodzin korzystających z usług pomocy społecznej ze względu na potrzebę ochrony macierzyństwa w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Wykres 1.5 Liczba rodzin korzystających z usług pomocy społecznej ze względu na bezradność w sprawach opiekuńczo wychowawczych w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Z zaprezentowanych danych wynika, iż problem dysfunkcji rodzin w Gminie Kazimierza Wielka w analizowanym okresie ulegał wahaniom w obserwowanych obszarach. Zarówno w odniesieniu do rodzin wymagających wsparcia ze względu na konieczność ochrony macierzyństwa, jak i osób z bezradnością w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego zaobserwowano początkowo wzrost spowodowany najprawdopodobniej wpływem okresu pandemii COVID-19 a następnie spadek liczby rodzin korzystających z usług pomocy społecznej.

Mówiąc o zjawiskach dysfunkcji w rodzinach i ich dynamice na przestrzeni analizowanego okresu trudno nie docenić wpływu programów socjalnych realizowanych przez rząd centralny. Wzrost dochodów rodzin – niezależnie od jego negatywnego wpływu na rynek pracy i wypychania kobiet z zasobów pracowniczych – spowodował podniesienie standardu życia, zwiększenie pewności egzystencjonalnej oraz pozwolił na lepsze funkcjonowanie rodziny i relacji wewnątrz niej. Można byłoby szeroko omawiać preferencje i priorytety dysponowania tak uzyskanym budżetem – które pozostawiają nadal wiele do życzenia – co może stanowić powód do modernizacji rozwiązań systemowych. Niemniej w liczbach bezwzględnych ilość osób korzystających ze wsparcia pomocy społecznej z przyczyn związanych z dysfunkcjami rodziny w Gminie Kazimierza Wielka spada.

Co się tyczy wsparcia związanego z koniecznością ochrony macierzyństwa przeciętnie w Gminie Kazimierza Wielka z pomocy w tym zakresie korzystała ponad 1 osoba na 1 000 mieszkańców Gminy.

W Gminie Kazimierza Wielka z pomocy związanej z bezradnością w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego korzystało przeciętnie 1,4 osób na 1 000 mieszkańców.

Realizując zadania określone w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej od 1 stycznia 2013 r. w Ośrodku Pomocy Społecznej został zatrudniony asystent rodziny. Aktualnie Ośrodek zatrudnia **2 asystentów**, zgodnie z ustawą, jeden asystent może pracować maksymalnie z 15 rodzinami. Rodzinie może zostać przydzielony asystent rodziny, poprzez zobowiązanie jej do współpracy przez sąd bądź za jej zgodą. W ramach pracy z rodzinami asystenci realizowali następujące działania:

- 1) udzielanie pomocy w rozwiązywaniu problemów wynikających z sytuacji życiowych – wsparcie, rozmowy indywidualne, wspólne poszukiwanie rozwiązań problemu,
- 2) kształtowanie podstawowych nawyków higienicznych dotyczących higieny osobistej oraz dbania o czystość pomieszczeń,
- 3) edukacja na temat nadużywania alkoholu i współuzależnienia, mobilizowanie osób z podejrzeniem uzależnienia od alkoholu do kontaktu z terapeutą uzależnień, wymiana informacji z terapeutą uzależnień,
- 4) edukacja na temat zjawiska przemocy domowej,
- 5) rozmowy i zajęcia zmierzające do poprawy relacji rodzinnych i funkcjonowania społecznego oraz przełamywanie izolacji społecznej:
 - a. elementy treningu interpersonalnego,
 - b. elementy treningu umiejętności wychowawczych,
 - c. elementy treningu samokontroli emocjonalnej,
- 6) rozmowy dotyczące aktywnych metod poszukiwania pracy, mobilizowanie do poszukiwania zatrudnienia, istoty dopełnienia formalności związanych z rejestracją w Powiatowym Urzędzie Pracy,
- 7) współpraca z kuratorami Sądu Rejonowego w Busku Zdroju Oddział w Kazimierzy Wielkiej,
- 8) współpraca z Powiatową Komendą Policji, pedagogiem szkolnym, wychowawcą, Poradnią Pedagogiczno-Psychologiczną, pracownikami socjalnymi MGOPS, Gminnym Zespołem Interdyscyplinarnym i grupą diagnostyczno-pomocową, Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie,
- 9) mobilizowanie do korzystania z pomocy lekarskiej,
- 10) motywowanie do samodzielności w podejmowaniu działań,
- 11) udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego,
- 12) udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych,
- 13) udzielanie pomocy w rozwiązywaniu problemów wychowawczych z dziećmi,
- 14) prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci,

- 15) pomoc w umiejętności gospodarowania budżetem domowym.
- 16) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych.

We wszystkich rodzinach – objętych wsparciem asystenta – występowały problemy opiekuńczo-wychowawcze, w szczególności powodowane takimi przyczynami jak nieumiejętność panowania nad emocjami, brak wyuczonych pozytywnych wzorców wychowawczych, dystans uczuciowy w stosunku do dzieci, bezrobocie, uzależnienia, konflikty, przemoc domowa, ubóstwo, nadopiekuńczość, niepełność rodziny oraz inne wieloaspektowe problemy społeczne.

Tabela 1.5 oraz wykres 1.6 przedstawia sytuację rodzin objętych wsparciem asystenta rodziny w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024.

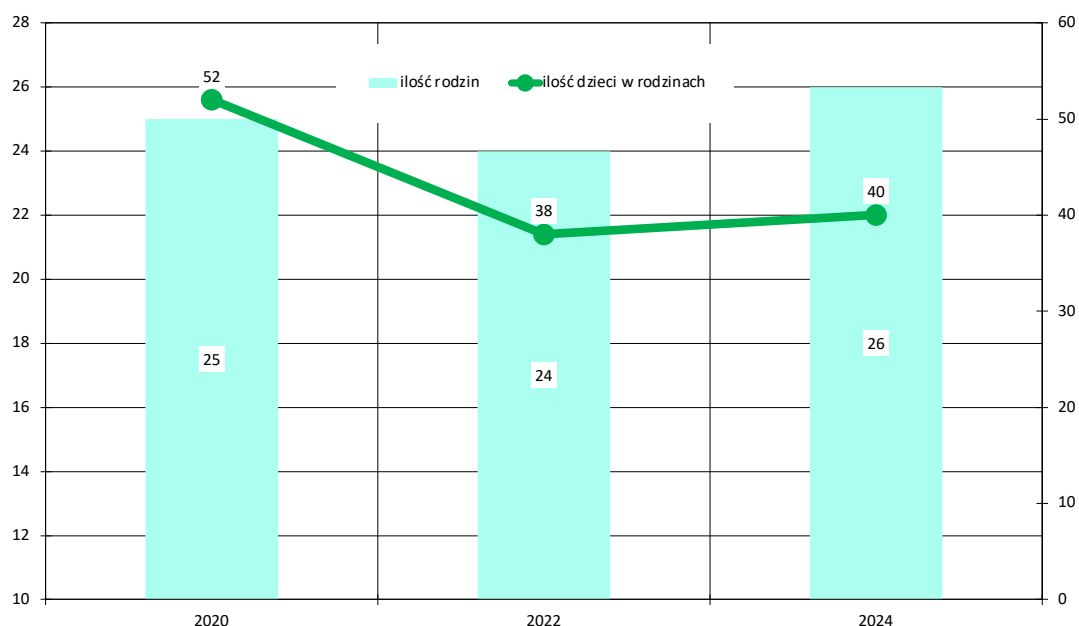
Tabela 1.5

**Liczba rodzin objętych wsparciem asystenta rodziny
w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Liczba rodzin objętych asystenturą	25	24	26
Liczba dzieci w rodzinach	52	38	40

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Wykres 1.6 Liczba rodzin korzystających z usług pomocy społecznej ze względu na potrzebę ochrony macierzyństwa w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

1.3.2. Przeciwdziałanie ubóstwu i bezdomności

Ubóstwo

Poprzez ubóstwo - określa się stan, w którym jednostce czy grupie społecznej brakuje środków na zaspokojenie podstawowych potrzeb uznawanych w danej społeczności za niezbędne. Pod pojęciem „podstawowe potrzeby” należy rozumieć takie potrzeby jak: wyżywienie, ubranie, mieszkanie, zachowanie zdrowia, uzyskanie wykształcenia, zaspokojenie sfer intelektualnych. Pojęcie ubóstwa powstałego na drodze indywidualnej sytuacji życiowej obejmuje takie aspekty jak: wielodzietność, uzależnienia, niepełnosprawność, samotność, wychowywanie się w rodzinach niepełnych i rozbitych, niski status wykształcenia prowadzący do bezrobocia, przewlekłe choroby, inne przeżycia np. jak śmierć osoby najbliższej, utrudniająca aktywne i prawidłowe funkcjonowanie. Należy zaznaczyć, iż problemy te występują bardzo często zespołowo. Ubóstwo jest to stan, w którym rodzina lub jednostka żyje poniżej kryterium dochodowego ustalonego zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej. Ubóstwo w konsekwencji prowadzi do zjawiska wykluczenia społecznego.

Negatywne skutki ubóstwa dają się odczuć w większości rodzin niepełnych. Pomimo utrzymywania się w wielu przypadkach z dochodów z pracy, samotne matki lub samotni ojcowie nie są w stanie zapewnić dzieciom odpowiedniej sytuacji materialnej. Oprócz tego narastają w tych rodzinach problemy wychowawcze związane z brakiem czasu i odpowiednich wzorców do naśladowania.

Ubóstwo i życie na poziomie minimum egzystencji powoduje, że wydatki na żywność i opłaty mieszkaniowe pochłaniają cały budżet. Konsekwencją jest minimalizacja potrzeb żywieniowych oraz zakup produktów spożywczych bardzo niskiej jakości. Prowadzi to do rozwijania się różnego rodzaju schorzeń, a te w dalszym etapie powodują wzrost kosztów utrzymania, związanych z leczeniem bądź rehabilitacją. Mogą one również prowadzić do powstawania niepełnosprawności, która w znacznym stopniu ogranicza podejmowanie aktywności zawodowej, a może podwyższać poziom wydatków na leczenie.

Głównym sposobem ograniczenia ubóstwa jest: zmniejszenie bezrobocia przez tworzenie nowych miejsc pracy, aktywizacja zawodowa osób ubogich, zmiana postaw u osób ubogich korzystających z pomocy społecznej poprzez kształtowanie odpowiedzialności za swój los i umiejętności przystosowania się do istniejącej rzeczywistości. Przedstawione przez Ośrodek Pomocy Społecznej dane, wskazują na występowanie w Gminie Kazimierza Wielka problemu ubóstwa. Liczbę rodzin korzystających z pomocy Ośrodka przedstawia tabela 1.6 i wykres 1.7.

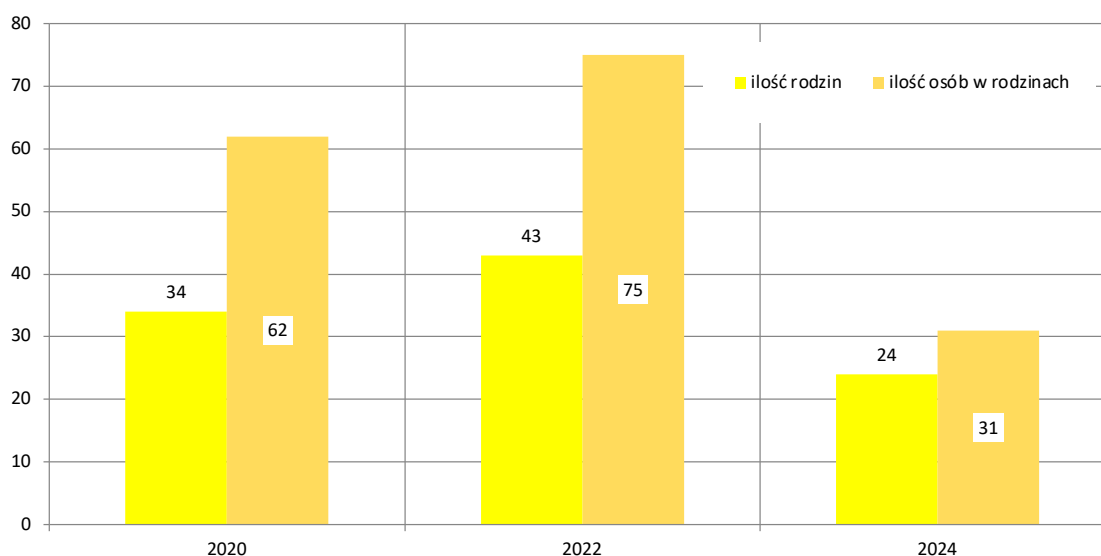
Tabela 1.6

**Liczba rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z tytułu ubóstwa
w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Ubóstwo – liczba rodzin	34	43	24
– liczba osób w rodzinach	62	75	31

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

**Wykres 1.7 Liczba rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej
z tytułu ubóstwa w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Warto zauważyć wzrost liczby osób korzystających ze wsparcia pomocy społecznej ze względu na problem ubóstwa, w okresie pandemii COVID-19, a następnie istotny spadek tego zjawiska. Na przestrzeni analizowanego okresu liczba tych osób wzrosła o blisko 1/3 a następnie spadła o niespełną połowę. W Gminie Kazimierza Wielka z pomocy związanej z ubóstwem korzystało przeciętnie niespełna 2 osoby na 1 000 mieszkańców.

Wydaje się, iż najbardziej prawdopodobnymi przyczynami zmniejszania się ilości osób figurujących w statystykach pomocy społecznej ze względu na problem ubóstwa są zmiany ekonomiczne i społeczne zachodzące w społeczeństwie polskim, co przekłada się na sytuację w Gminie Kazimierza Wielka. Wśród tych zmian zasadnicze znaczenie mogą mieć:

- ✓ rozwój gospodarczy, podnoszenie się zamożności społeczeństwa i zwiększanie ilości miejsc pracy w Gminie,

- ✓ realizacja projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego ukierunkowanych na aktywizację społeczną i zawodową przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej oraz inne podmioty sektora społecznego,
- ✓ działania zmniejszające bezrobocie, pełna dostępność europejskiego rynku pracy oraz realizacja powszechnie dostępnych programów socjalnych i zatrudnienia socjalnego.

Bezdomność

Bezdomność, problem społeczny, charakteryzujący się brakiem miejsca stałego zamieszkania osoby nim dotkniętej. Wiąże się ona z uwarunkowanym psychologicznie kryzysowym stanem egzystencji osoby nieposiadającej faktycznego miejsca zamieszkania, pozbawionej środków niezbędnych do zaspokojenia elementarnych potrzeb, dotkniętej trwałym wykluczeniem społecznym i zawodowym. Jako stan ewidentnej i trwałej deprywacji potrzeb mieszkaniowych, w sytuacji, gdy dotknięta bezdomnością osoba nie jest w stanie jej zapobiec, wiąże się z poważnym upośledzeniem psychicznego i społecznego funkcjonowania człowieka.

Natura bezdomności wyklucza zamkniętą i jednoznaczną klasyfikację jej przyczyn, ponieważ doprowadza do niej cały zespół nakładających się na siebie sił sprawczych, zespół postaw, zachowań determinowanych predyspozycjami osobowościowymi, którym sprzyjają sytuacje społeczne i sposób funkcjonowania służb socjalnych. Ustawa o pomocy społecznej jako osobę bezdomną definiuje osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

Brak domu uniemożliwia normalny rozwój człowieka, wpływa negatywnie na stan zdrowia psychicznego i fizycznego, uniemożliwia rozwijanie aspiracji kulturowych, regenerację sił i wypoczynek. Deprywacji zatem podlegają nie tylko szeroko rozumiane potrzeby mieszkaniowe, ale właściwie wszystkie poziomy potrzeb, poczynając od najbardziej podstawowych potrzeb fizjologicznych, skończywszy zaś na potrzebie samorealizacji. Stan ten jest uwarunkowany wieloczynnikowo, między innymi poprzez zmniejszoną zdolność do samodzielnego życia i radzenia sobie, poddania się wymaganiom społeczeństwa, niewielką odpornością na sytuacje trudne, czy marginalizację społeczną.

Najczęstsze przyczyny bezdomności wynikają przede wszystkim z:

- ✓ sytuacji społeczno-ekonomicznej, w tym wzroście liczby osób, które nie chcą podjąć pracy lub nie potrafią utrzymać zatrudnienia, albo są osobami bezdomnymi z wyboru,
- ✓ z sytuacji prawnej, polegającej na możliwości wyeksmitowania lokatora *donikąd* za zaległości w opłatach czynszowych,

- ✓ z przyczyn związanych z patologiami, w tym z powodu alkoholizmu, przestępczości, odrzucenia lub braku opieki ze strony najbliższych, rozwodu lub trwałego rozpadu więzi formalnych lub nieformalnych, prostytucji, przemocy w rodzinie,
- ✓ z przyczyn natury psychosocjologicznej, w tym świadomego wyboru innego sposobu życia, odrzucenia obowiązującego systemu wartości,
- ✓ przyczyn osobowościowych, w tym poczucia niższości, osamotnienia, wstydu, przekonania o złej naturze świata i ludzi, posiadania upośledzeń zdrowotnych.

Dynamikę zjawiska bezdomności w Gminie Kazimierza Wielka przedstawia tabela 1.7 i wykres 1.8.

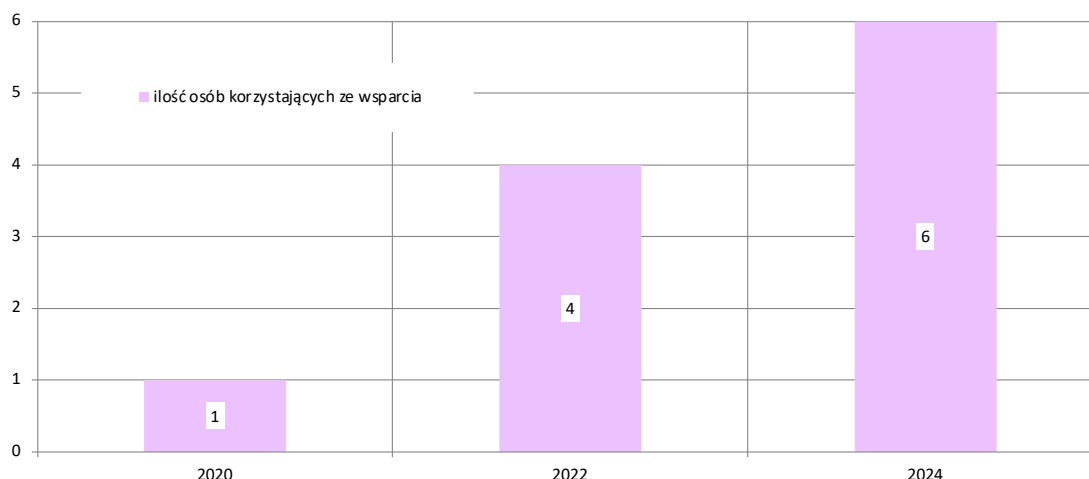
Tabela 1.7

**Liczba osób objętych wsparciem z tytułu bezdomności
w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Bezdomność – liczba rodzin	1	4	6
– liczba osób w rodzinach	1	4	6

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

**Wykres 1.8 Liczba osób objętych wsparciem z tytułu bezdomności
w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Warto zauważyć, iż poziom występowania zjawiska uległ istotnemu zwiększeniu na przestrzeni ostatnich 5 lat. Zarówno poziom ogólny zjawiska wzrósł z 0 do 3 osób bezdomnych. Średnio w Gminie Kazimierza Wielka z pomocy w tym zakresie korzystało 0,3 osoby na 1 000 mieszkańców.

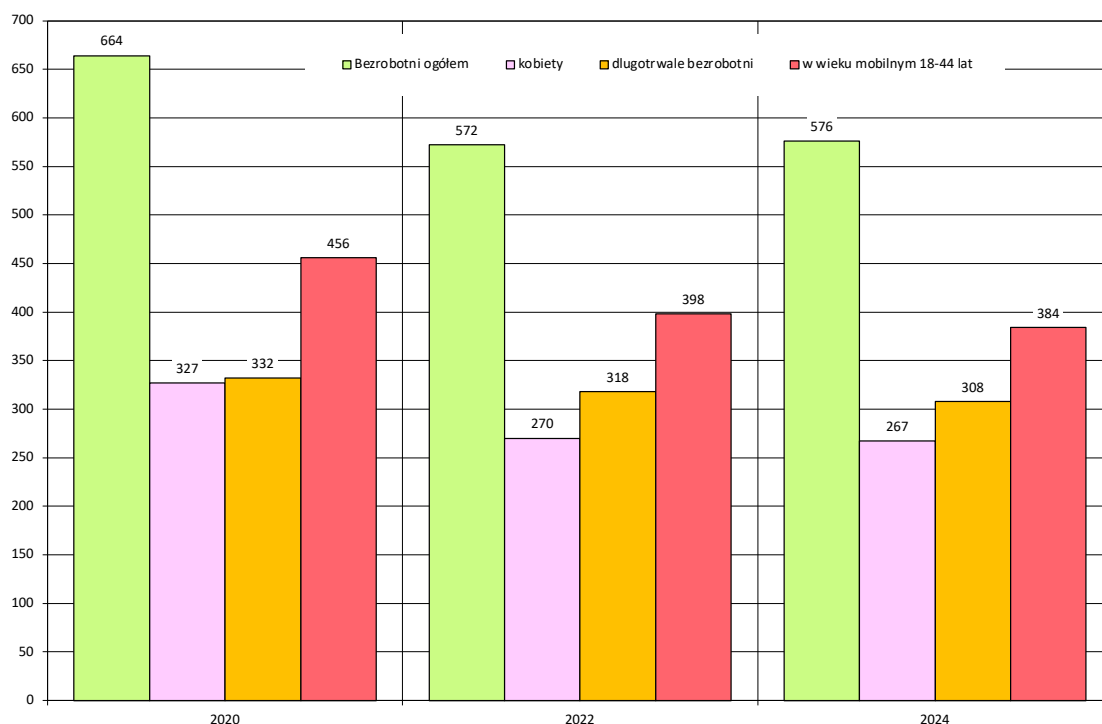
1.3.3. Problemy społeczne w obszarze bezrobocia

Zjawisko bezrobocia jest poważnym problemem społecznym. Wpływa ujemnie na postawy i zachowania osób bezpośrednio dotkniętych bezrobociem, a także członków ich rodzin. Za bezrobotną uznaje się osobę, która spełnia kryteria określone w art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2020r. poz. 1409).

Według danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej można wnioskować o spadku liczby bezrobocia ogółem w Powiecie oraz w Gminie Kazimierza Wielka do końca 2019 roku a następnie wystąpiły okresowe wahania, ze względu na sytuację epidemiologiczną. W kolejnych latach nastąpił powrót do tendencji spadkowej. Na dzień 31 grudnia 2024 roku na zarejestrowanych 391 osób bezrobotnych, w tym aż 242, tj. blisko 2/3 osób długotrwale bezrobotnych. Wskaźnik ten jest wysoki, podobnie jak odsetek bezrobotnych kobiet – których było zarejestrowanych 18,5% w wieku produkcyjnym (mężczyzn odpowiednio 15,5%).

Dynamikę zjawiska bezrobocia na rynku pracy Gminy Kazimierza Wielka w latach 2020-2024 prezentują tabela 1.8 i wykres 1.9.

Wykres 1.9 Dynamika bezrobocia w Gminie Kazimierza Wielka latach 2020-2024



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej

Tabela 1.8

**Dynamika bezrobocia w Gminie Kazimierza Wielka latach 2020-2024
(stan na 31 grudnia)**

Rok	Bezrobotni ogółem	w tym		
		kobiety	długotrwale bezrobotni	w wieku <i>mobilnym</i> 18-44 lat
2020	664	327	332	456
2022	572	270	318	398
2024	576	267	308	384

Źródło: Opracowanie na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej

W analizowanym okresie obserwowano spadek liczby zarejestrowanych bezrobotnych w Gminie Kazimierza Wielka – łącznie na przestrzeni analizowanego okresu o ponad 13%. Jednocześnie warto zaznaczyć, iż dane z końca roku 2020 odzwierciedlają oddziaływanie pandemii COVID-19 na sytuację na rynku pracy – długotrwałe okresy lockdown, ograniczenia funkcjonowania przedsiębiorstw, przerwanie łańcuchów dostaw i kooperacyjnych zaowocowały wzrostem bezrobocia w Gminie Kazimierza Wielka. W kolejnych latach liczba bezrobotnych powróciła do tendencji spadkowej i ustabilizowała się. Spadał również udział kobiet w strukturze bezrobocia o blisko 3 punkty procentowe z 49,2% do 46,4%.

1.3.4. Realizacja zadań z zakresu wspierania rodziny

Wspieranie rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych to zespół planowanych działań mających na celu przywrócenie rodzinie zdolności do wypełniania tych funkcji.

Obowiązek wspierania rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych oraz organizacji pieczy zastępczej w zakresie ustalonym ustawą, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego oraz na organach administracji rządowej. Obowiązek ten jednostki samorządu terytorialnego oraz organy administracji rządowej realizują między innymi we współpracy ze środowiskiem lokalnym, sądem, policją, instytucjami oświatowymi, podmiotami leczniczymi oraz instytucjami społecznymi. Zadania z zakresu wspierania rodziny – obowiązek samorządu gminnego – i systemu pieczy zastępczej – obowiązek samorządu powiatowego – są realizowane zgodnie z zasadą pomocniczości.

Pogrążenie w ubóstwie i przy braku perspektyw zaczynają korzystać z używek, by dzięki chwilowemu oderwaniu od przytłaczającej rzeczywistości poprawić swój nastrój i

poradzić sobie z chronicznym stresem. Popadają w alkoholizm, narkomanię, uzależnienie od dopalaczy, co stanowi kolejny problemem współczesnej rodziny. Prowadzi on do kłótni, sporów oraz pogarsza rodzinną atmosferę. Uzależniony szkodzi przede wszystkim swoim najbliższym zarówno poprzez przemoc, zaniedbywanie obowiązków, jak też poprzez współuzależnienie. Niejednokrotnie uzależnienie to przyczynia się do rozpadu rodziny.

Agresja w rodzinie niewątpliwie pojawia się bardzo często, w niektórych rodzinach występuje na porządku dziennym. Przemoc domowa może mieć różne formy – począwszy od najczęściej występujących wyśmiewania, ignorowania, poniżania czy szarpania i popychania, poprzez wyzywanie i krzyczenie, szantażowanie emocjonalne, przemoc materialną, zakazywanie kontaktów z rodziną, aż po bicie czy wyrzucanie z domu. Poniżany człowiek traci chęć i ochotę do życia, spada jego samoocena. Wpływa to negatywnie na funkcję rodziny jaką jest funkcja socjalizacyjna.

Współcześnie dochodzi do wielu rozwodów – już blisko połowa małżeństw jest nimi zagrożona. Jest to bardzo poważnym problemem w funkcjonowaniu rodziny. Dzieje się tak z wielu przyczyn, które prowadzą do rozwodu między innymi są nimi zdrada, rozpad więzi rodzinnych czy częste kłótnie i spory. W konsekwencji wymienionych zjawisk, ale także wielu ich hybryd i innych indywidualnych przyczyn, dochodzi do konieczności pozbawiania obojga rodziców lub osoby samotnie wychowującej dziecko opieki nad nim i przekazania go do pieczy zastępczej.

W dniu 1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. System pieczy zastępczej to zespół osób, instytucji i działań mających na celu zapewnienie czasowej opieki i wychowania dzieciom w przypadkach niemożności sprawowania opieki i wychowania przez rodziców. Piecza zastępcza zapewnia:

1. Realizację planu pracy z rodziną lub gdy jest to niemożliwe – dążenie do przysposobienia dziecka;
2. Przygotowanie dziecka do godnego, samodzielnego i odpowiedzialnego życia, pokonywania trudności życiowych zgodnie z zasadami etyki, nawiązywania i podtrzymywania bliskich, osobistych i społecznie akceptowanych kontaktów z rodziną i rówieśnikami, w celu łagodzenia skutków doświadczania straty i separacji oraz zdobywania umiejętności społecznych,
3. Zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalnorekreacyjnych.

Pieczą zastępczą sprawowaną jest w formie rodzinnej i instytucjonalnej. Formami rodzinnej pieczy zastępczej są:

- a) rodzina zastępcza (spokrewniona, niezawodowa, zawodowa, w tym zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego i zawodowa specjalistyczna),
- b) rodzinny dom dziecka.

Natomiast piecza zastępcza w formie instytucjonalnej sprawowana jest w następujących formach:

- a) placówki opiekuńczo-wychowawczej,

- b) regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej,
- c) interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego.

Zarówno jedną, jak i drugą formę rodzinnej pieczy zastępczej mogą sprawować małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim. Rodzinę zastępczą spokrewnioną tworzą małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim, będący wstępnymi (dziadkowie) lub rodzeństwem dziecka. Rodzina zastępcza oraz prowadzący rodzinny dom dziecka zapewniają dziecku całodobową opiekę i wychowanie. Kolejną formą rodziny zastępczej jest rodzina zastępcza niezawodowa. Rodziny te tworzą przeszkoleni kandydaci lub osoby będące rodziną dziecka z dalszego pokrewieństwa.

Pieczą zastępczą jest sprawowana w przypadku niemożności zapewnienia dziecku opieki i wychowania przez rodziców. Pieczę zastępczą organizuje powiat. W przypadku dzieci do 10 roku życia, w pierwszej kolejności podejmowane są starania, aby dziecko umieścić w rodzinie zastępczej, a dopiero wówczas, gdy nie ma kandydatów na rodziców zastępczych dla danego dziecka, umieszczane jest ono w placówce opiekuńczo – wychowawczej. Od 2012 roku zgodnie z art. 191, ust. 9 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w przypadku umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania dziecka przed umieszczeniem go po raz pierwszy w pieczy zastępczej ponosi wydatki na opiekę i wychowanie dziecka.

Dynamikę ilości liczby dzieci umieszczonych w spokrewnionych rodzinach zastępczych oraz w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024 prezentuje tabela 1.9 oraz wykresy 1.10 i 1.11.

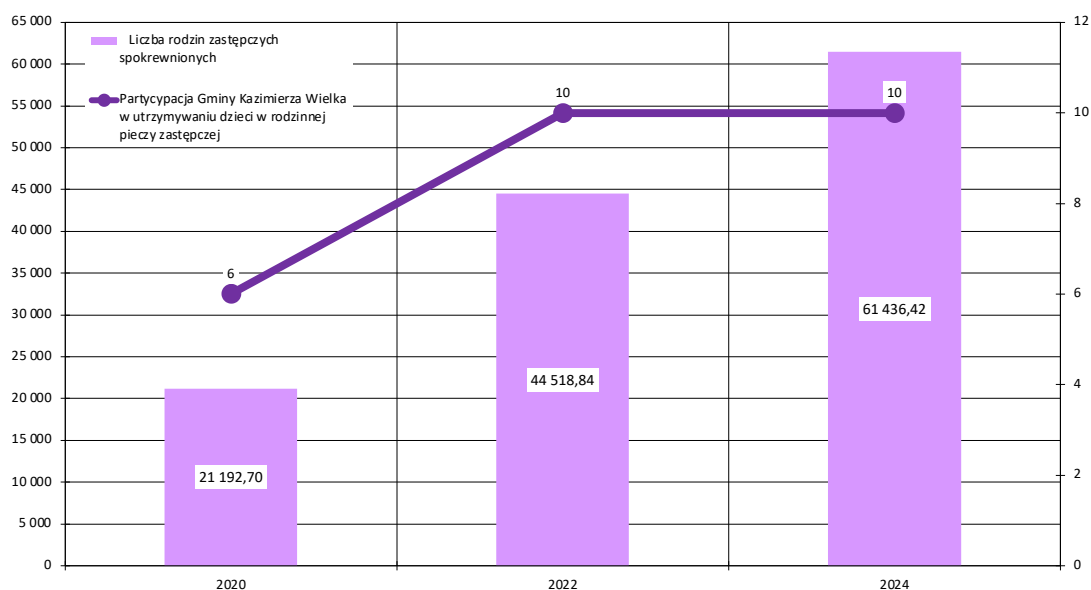
Tabela 1.9

**Liczba rodzin zastępczych i liczba dzieci umieszczonych w tych rodzinach
pochodzących z Gminy Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	2020	2022	2024
Ilość dzieci w rodzinach spokrewnionych	6	10	10
Koszt utrzymania dzieci w rodzinnej pieczy zastępczej	21 192,70	44 518,84	61 436,42
Ilość dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych	7	11	11
Koszt utrzymania dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych	161 418,05	375 267,89	397 260,15

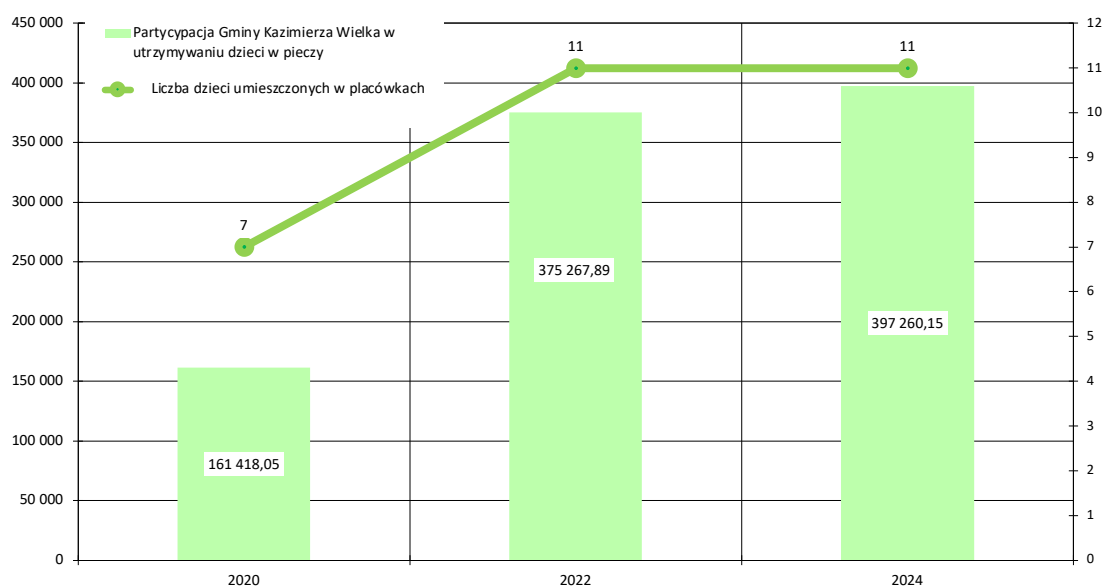
Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

1.10 Liczba dzieci umieszczonych w rodzinnej pieczy zastępczej i kwota partycypacji Gminy Kazimierza Wielka w kosztach utrzymania w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Wykres 1.11 Liczba dzieci przebywających w instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz partycypacja Gminy Kazimierza Wielka w kosztach utrzymania w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

1.3.5. Problemy społeczne związane z uzależnieniami, przemocą w rodzinie oraz przestępczością

Uzależnienie od alkoholu

Istotnym problemem mającym wpływ na występowanie licznych zaburzeń funkcjonowania mieszkańców Gminy Kazimierza Wielka jest alkoholizm. Powoduje on poważną dezorganizację i demoralizację życia rodzinnego, wynikiem czego jest coraz większa ilość rodzin dysfunkcyjnych, nie spełniających swych podstawowych funkcji wychowawczych i opiekuńczych. W rodzinach dotkniętych alkoholizmem, któregośkolwiek z jej członków, obserwuje się również pogarszającą się sytuację materialną. W konsekwencji osoby z tego gospodarstwa domowego stają się klientami pomocy społecznej, ponieważ konieczne jest udzielanie im wsparcia finansowego.

Bardzo niepokojący jest obserwowany wzrost liczby młodych, samotnych kobiet posiadających małoletnie dzieci uzależnionych od alkoholu. Uzależnienie w takich przypadkach powoduje konieczność nagłego zapewnienia dzieciom opieki w placówkach interwencyjnych czy opiekuńczo-wychowawczych. Z danych statystycznych ośrodka pomocy społecznej Gminy Kazimierza Wielka, iż na terenie Gminy ze wsparcia ze względu na problem uzależnienia od alkoholu skorzystało 2 osoby. To oznacza poziom tego zjawiska w Gminie Kazimierza Wielka ma charakter sezonowy – odnotowano zdecydowany wzrost osób korzystających ze wsparcia w okresie pandemii covid-19.

Tabela 1.10 oraz wykres 1.12 przedstawia liczbę osób korzystających ze wsparcia ze względu na problem uzależnienia od alkoholu w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024.

Tabela 1.10

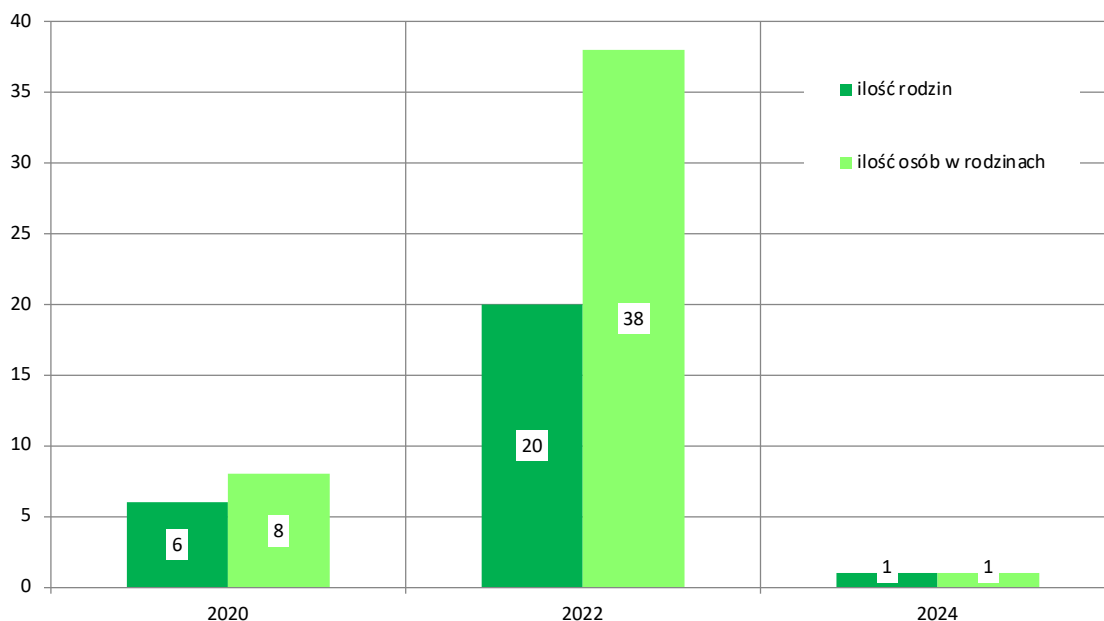
Liczba osób objętych wsparciem ze względu na problem uzależnienia od alkoholu w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Alkoholizm – liczba rodzin	6	20	1
– liczba osób w rodzinach	8	38	1

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Z danych Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej wynika, iż na terenie Gminy w latach 2020-2024 liczba osób uzależnionych od alkoholu, korzystających ze świadczeń pomocy społecznej ulegała fluktuacji. Mogła mieć na to wpływ pandemia COVID-19 – uwarunkowany zasadami dystansu społecznego – która stanowiła istotny impuls do korzystania z alkoholu.

Wykres 1.12 Liczba osób objętych wsparciem ze względu na problem uzależnienia od alkoholu w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Przeciętnie na terenie Gminy Kazimierza Wielka ze wsparcia ze względu na problem alkoholowy korzystało w poszczególnych okresach przeciętnie od 0,1 do 2,5 osoby na 1 000 mieszkańców. Problem alkoholizmu w Gminie Kazimierza Wielka można uznać za istniejący w społeczeństwie problem społeczny. W obliczu ograniczenia innych problemów społecznych rozwiązanie występowania problemu alkoholizmu w Gminie.

Uzależnienie od narkotyków

Jednym z podstawowych źródeł danych o skali używania substancji psychoaktywnych są reprezentatywne badania w populacji generalnej, które potwierdzają, że używanie narkotyków jest o wiele mniej rozpowszechnione niż picie napojów alkoholowych. Według danych z badań odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku jest 16 razy niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem.

W całej populacji używanie narkotyków w Polsce określa się na poziomie 5,4%, jednak w grupie wiekowej 15-34 lata – czyli grupie młodych dorosłych – rozpowszechnienie używania narkotyków w 2019 roku było blisko dwukrotnie wyższe niż w całej populacji. Według ostatniego badania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 roku w populacji generalnej marihuana była najczęściej używanym narkotykiem z odsetkiem 12,1%. W całej populacji ponad dwukrotnie wyższy odsetek odnotowano wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

Drugą substancją psychoaktywną używaną w Polsce jest amfetamina. Jest ona o wiele rzadziej używana – do zażywania przyznaje się 1,4% badanych. Kokaina – trzecia substancja psychoaktywna – jej poziom rozpowszechnienia nie jest wysoki, wśród młodych dorosłych odsetek użytkowników wyniósł 0,5%. Wyniki badań wśród osób dorosłych pokazują, że poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, w tym najbardziej popularnej marihuany w Polsce nie jest wysoki. Warto jednocześnie zwrócić uwagę na istotny, choć ostatnio ograniczony problem dopalaczy – czyli substancji psychoaktywnych o trudnym do ustalenia i usystematyzowania składzie, które są używane przez najmłodsze grupy osób korzystających z narkotyków. Ich sprzedaż w obrocie oficjalnym została dość mocno ograniczona na przestrzeni ostatnich 8 lat, niemniej nadal funkcjonują i stanowią poważne zagrożenie, głównie ze względu na bardzo niebezpieczne, ciężko identyfikowalne składniki.

W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost świadomości i wiedzy na temat narkotyków wśród pedagogów, rodziców, dzieci i młodzieży. Prowadzona jest także edukacja rodziców w zakresie uzależnień oraz współpraca z nauczycielami, kuratorami i asystentami rodzin, którzy zgłaszali się w celu uzyskania wiedzy w zakresie uzależnienia oraz poprawy komunikacji w relacji dziecko – dorosły.

Historycznie po narkotyki sięgała młodzież wywodząca się z rodzin zagrożonych patologią. Obecnie ten problem dotyczy środowisk, w których nie obserwuje się uzależniania od alkoholu, przemocy itp. Poważnym problemem tych rodzin jest jednak chroniczny brak wolnego czasu dla dzieci, zapracowanie rodziców, ich częsta nieobecność w domu, a co za tym idzie brak więzi emocjonalnych z dzieckiem i brak umiejętności wspólnego spędzania czasu oraz pokonywania występujących problemów. Ludzie posiadający pracę w obawie przed jej utratą angażują się w nią często kosztem własnej rodziny, a najczęściej małych dzieci.

Z danych Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej wynika, że w analizowanym okresie odnotowano tylko **1 osobę**, która skorzystała ze wsparcia z tytułu uzależnienia od narkotyków w roku 2022.

Przemoc domowa

Co się tyczy zjawiska przemocy domowej – zgodnie z badaniami diagnozy społecznej – blisko 20 procent mieszkańców Gminy jest w mniej lub w bardziej poważnym stopniu nią zagrożona. Bardzo sporadycznie i w ograniczony sposób problem ten ujawnia się w statystykach pomocy społecznej, nieco częściej w związku z prowadzeniem procedury Niebieskiej Karty przez Policję, niemniej problem przemocy domowej bardzo często pozostaje w czterech ścianach.

Osoby dotknięte problemem przemocy domowej najczęściej doświadczają wyśmiewania, poniżania oraz szarpania i popychania. To formy przemocy werbalnej i lżejsze przypadki przemocy fizycznej. Nieco rzadziej osoby dotknięte problemem przemocy doświadczają bicia oraz ignorowania – co stanowi cięższą formę przemocy fizycznej oraz

przemoc emocjonalną. Innymi formami przemocy domowej są – zakazywanie kontaktów z rodziną, szantażowanie oraz pozbawianie środków finansowych do życia – czyli forma ciężkiej przemocy emocjonalnej i ekonomicznej.

Tabela 1.11 oraz wykres 1.13 przedstawiają sytuację rodzin z problemami społecznymi związanymi z przemocą domową w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024.

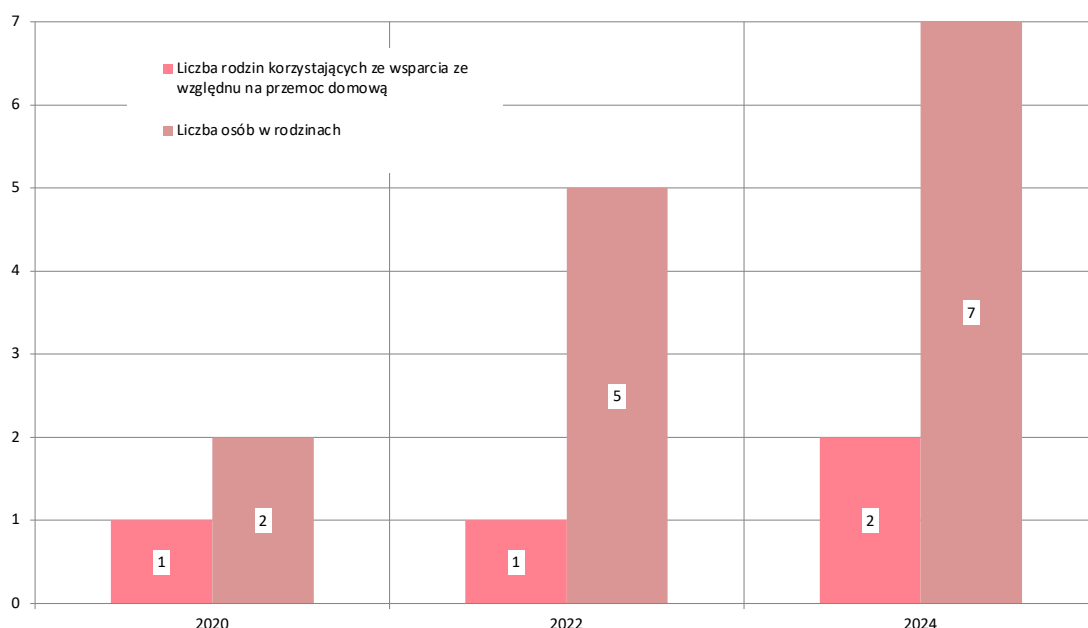
Tabela 1.11

**Liczba rodzin korzystających z usług pomocy społecznej ze względu
na przemoc domową w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Przemoc domowa – liczba rodzin	1	1	2
– liczba osób w rodzinach	2	5	7

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

**Wykres 1.13 Liczba osób objętych wsparciem ze względu na problem uzależnienia
od alkoholu w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

W analizowanym okresie ilość przypadków wsparcia świadczonego przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej ze względu na występowanie przemocy domowej była bardzo niska. Ilość osób korzystających ze wsparcia z powodu przemocy domowej oscylowały w przedziale 1-2 w kolejnych okresach. Zwiększyła się jedynie ilość osób w rodzinach objętych wsparciem.

Można postawić hipotezę badawczą, iż za takim stanem rzeczy stoi sytuacja pandemii COVID-19, która wiązała się z zamknięciem wielu osób w domach, preferencji do pracy zdalnej oraz konieczności zajmowania się dziećmi w miejscu zamieszkania ze względu na naukę zdalną. Zamknięcie w czterech ścianach, obowiązek zachowania dystansu społecznego, brak dostępu pracowników socjalnych czy innych osób mogących zapobiec przemocy mógł spowodować wybuch zjawiska przemocy w rodzinie na niespotykaną dotąd skalę. Wszystkie wymienione czynniki z punktu widzenia psychologii społecznej stanowią idealną pożywkę do niekontrolowanego wzrostu przemocy w rodzinie. Najbardziej oczywisty przykład takiego stanu rzeczy – praca zdalna, brak dostępu pracowników socjalnych, czy ograniczenia dostępu do placówek handlowych i użyteczności publicznej a co za tym idzie bardzo ograniczona ilość kontaktów społecznych pozwalała sprawcom przemocy na uniknięcie ujawnienia śladów maltretowania jak sińce czy podbiegnięcia krwawe, które w normalnych warunkach mogły być zauważone przez inne osoby spotykające się z ofiarą.

Tabela 1.12 przedstawia liczbę i charakterystykę wszczynanych i realizowanych procedur *Niebieskiej Karty* w Gminie Kazimierza Wielka na przestrzeni analizowanego okresu.

Tabela 1.12

**Liczba wszczynanych i realizowanych procedur *Niebieskiej Karty*
w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Liczba rozpoczętych procedur <i>Niebieskich Kart</i> nad którymi pracował Gminny Zespół Interdyscyplinarny w Kazimierzy Wielkiej	58	45	32
Liczba spotkań grup diagnostyczno- pomocowych	183	201	103
Procedury <i>Niebieskich Kart</i> skierowane do			
- Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kazimierzy W.	17	9	16
- Sąd Rejonowy w Busku Zdroju	8	4	7
- Punkt Konsultacyjno-Informacyjno-Terapeutyczny	9	10	64
- wniosek do Prokuratury Rejonowej	7	4	4
Nakazy natychmiastowego opuszczenia mieszkania lub zakazy zbliżania się do mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia	Bd	6	6

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Gdy dochodzi do przemocy wprowadzana jest procedura *Niebieskiej Karty*, która przewiduje ścisłą współpracę przedstawicieli różnych instytucji tj. Policji, ośrodków pomocy społecznej, komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, oświaty, ochrony zdrowia i innych realizujących zadania do przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Procedura *Niebieskiej Karty* jest to ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez ww. instytucje w celu zapobiegania dalszemu stosowaniu przemocy. W ramach procedury odbywają się grupy robocze, realizuje się indywidualne plany pomocy. Założenie procedury *Niebieskiej Karty* nie wymaga zgody osoby. *Niebieska Karta* jest zamykana przez Zespół Interdyscyplinarny wraz z ustaniem przemocy w rodzinie na podstawie wniosku członków grupy roboczej. W analizowanym okresie nastąpił wzrost ilości rodzin objętych procedurą *Niebieskiej karty* na terenie Gminy Kazimierza Wielka. Wiele wskazuje na to, iż dynamika wzrostu odzwierciedla – jak to już zostało powiedziane – wpływ pandemii COVID-19, a w szczególności lock-down, pracy zdalnej i dystansu społecznego.

Informacja na temat instytucji samorządowych oraz podmiotów udzielających pomocy osobom doznającym lub zagrożonym przemocą domową:

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kazimierzy Wielkiej prowadzące poradnictwo psychologiczne i pedagogiczne dla rodzin zastępczych dla mieszkańców Powiatu Kazimierskiego,
2. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kazimierzy Wielkiej,
3. Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej,
4. Komenda Powiatowa Policji w Kazimierzy Wielkiej,
5. Prokuratura Rejonowa w Pińczowie, Ośrodek Zamiejscowy w Kazimierzy Wielkiej
6. Zespół Kuratorskiej Służby Sądowej Sądu Rejonowego w Busku Zdroju,
7. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kazimierzy Wielkiej,
8. Zespół Interdyscyplinarny prowadzony przez Miejsko-Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej,
9. Ośrodek Dla Osób Pokrzywdzonych Przestępstwem przy Centrum Interwencji Kryzysowej Caritas Diecezji Kieleckiej,

Ilość wszczynanych procedur *Niebieskiej Karty* w Gminie Kazimierza Wielka systematycznie spada, zaś w ogólnej ocenie pracowników poszczególnych instytucji wsparcia społecznego skuteczność uruchamiania procedury jest coraz wyższa, w szczególności dzięki interdyscyplinarnemu charakterowi działań służb. Powoduje to wyższy poziom motywacji osób zaangażowanych w przeciwdziałanie przemocy domowej. Zwiększa się także ogólna świadomość i wiedza społeczna odnośnie do przemocy w rodzinie, w szczególności po czym można ją rozpoznać. Liczne akcje społeczne w mediach uwrażliwiają na negatywne skutki akceptacji zachowań przemocowych i motywują do reagowania w sytuacji przemocy. Zmiany w świadomości społecznej dotyczące przemocy następują organicznie, jednak efekty tych zmian widać coraz wyraźniej.

1.3.6. Wsparcie osób z niepełnosprawnością

Definicja osób niepełnosprawnych zawarta w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych uchwalonej w 1997 roku przez Sejm RP mówi: „Niepełnosprawnymi są osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę, oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi”.

Natomiast ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021r. poz. 573) zawężyła powyższą definicję określając: „Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeśli uzyskały orzeczenie”

Biorąc pod uwagę powyżej przytoczone definicje niepełnosprawność przedstawia się jako zjawisko niejednorodne, które obejmuje wiele ograniczeń funkcjonalnych, może być fizyczna, intelektualna lub polegać na dysfunkcji zmysłów. Wynikać ona może z choroby somatycznej lub choroby umysłowej. Wymienione zaburzenia, sytuacje mogą mieć charakter stały lub przejściowy. Niepełnosprawność dotyczy osób w każdym wieku. Dla lepszego określenia potrzeb osób niepełnosprawnych przyjmujemy podział na dwanaście głównych grup:

- ✓ upośledzenia umysłowe,
- ✓ choroby psychiczne,
- ✓ zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu,
- ✓ choroby narządu wzroku,
- ✓ upośledzenia narządu ruchu,
- ✓ epilepsja,
- ✓ choroby układu oddechowego i krążenia,
- ✓ choroby układu pokarmowego,
- ✓ choroby układu moczowo-płciowego,
- ✓ choroby neurologiczne,
- ✓ inne w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- ✓ całościowe zaburzenia rozwojowe.

Indywidualny model niepełnosprawności określa problemy jakie napotykają osoby niepełnosprawne jako konsekwencje swojej choroby. Praca socjalna z osobą niepełnosprawną ma na celu zmotywowanie tej osoby do podejmowania wysiłków w celu jej usprawnienia. Społeczny model niepełnosprawności – są to ograniczenia, które stwarza środowisko poprzez bariery w funkcjonowaniu rodziny z osobą niepełnosprawną.

Istniejące bariery są podłożem marginalizacji – wykluczenia społecznego osób niepełnosprawnych.

Czynnikami warunkującymi niepełnosprawność na poziomie społecznym są: sytuacja rodzinna i relacje w rodzinie, materialne warunki życia rodziny, kontakty społeczne i udział w życiu społecznym członków rodziny, postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych, rola i dostępność instytucji i organizacji powołanych do wspomagania osób niepełnosprawnych, sytuacja prawna i gwarancje prawne osób niepełnosprawnych, relacje osób niepełnosprawnych z instytucjami, makrospołeczne czynniki ekonomiczne odpowiedzialne za rozmiar pomocy społecznej na rzecz osób niepełnosprawnych.

Z dniem 1 września 1997 roku wprowadzona została reforma orzecznictwa w wyniku której powstały dwa systemy orzecznictwa ustalające:

- A. Niezdolność do pracy, która stanowi podstawę do wydania decyzji o przyznaniu świadczenia rentowego
- B. Stopień niepełnosprawności jako podstawę do korzystania z wielu form rehabilitacji zawodowej i społecznej, systemu pomocy społecznej oraz ulg i uprawnień zagwarantowanych osobom niepełnosprawnym w przepisach prawa.

Od 1 stycznia 2002 roku prawo do zasiłku pielęgnacyjnego, ulgi oraz inne uprawnienia zagwarantowane osobom niepełnosprawnym w przepisach prawa dla dzieci mogą być przyznane wyłącznie na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności, wydanego według kryteriów stosowanych dla tych orzeczeń w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dziecko - osoba przed ukończeniem 16 roku życia jest niepełnosprawna, jeżeli posiada orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

System określający orzekanie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności do celów pozarentowych regulują następujące akty prawne:

- ✓ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2021 poz. 573)
- ✓ Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2021 poz. 857)
- ✓ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 roku w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz.U. 2009 nr 226 poz. 1829)

Istotną informacją opisującą problemy społeczne i zawodowe osób niepełnosprawnych dane Głównego Urzędu Statystycznego oraz dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju. Tabele 1.13-1.15 oraz wykresy 1.14-1.16 prezentują dane dotyczące ilości osób z niepełnosprawnościami na terenie Gminy Kazimierza Wielka w roku 2024 oraz dane dotyczące wydawanych orzeczeń ze względu na płeć, stopień niepełnosprawności i wykształcenie w latach 2020-2024.

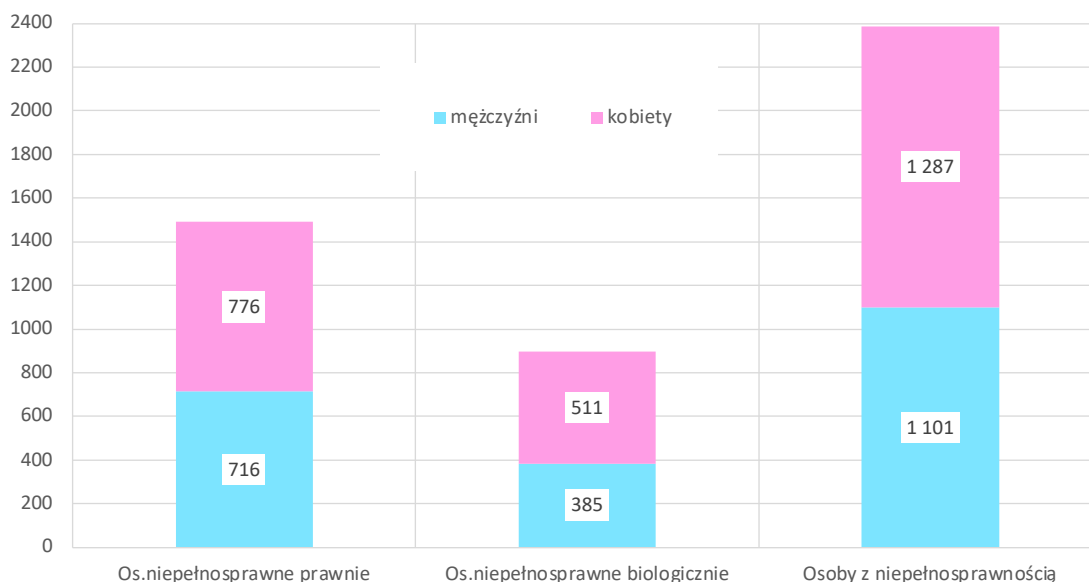
Tabela 1.13

Ilość osób z niepełnosprawnością w Gminie Kazimierza Wielka w roku 2024

Wyszczególnienie	2024	
	Mężczyźni	Kobiety
Osoby z niepełnosprawnością – prawnie	716	776
Osoby z niepełnosprawnością – biologicznie	385	511
Osoby z niepełnosprawnością	1 101	1 287

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa maj 2025

Wykres 1.14 Ilość osób z niepełnosprawnością w Gminie Kazimierza Wielka w 2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa maj 2025

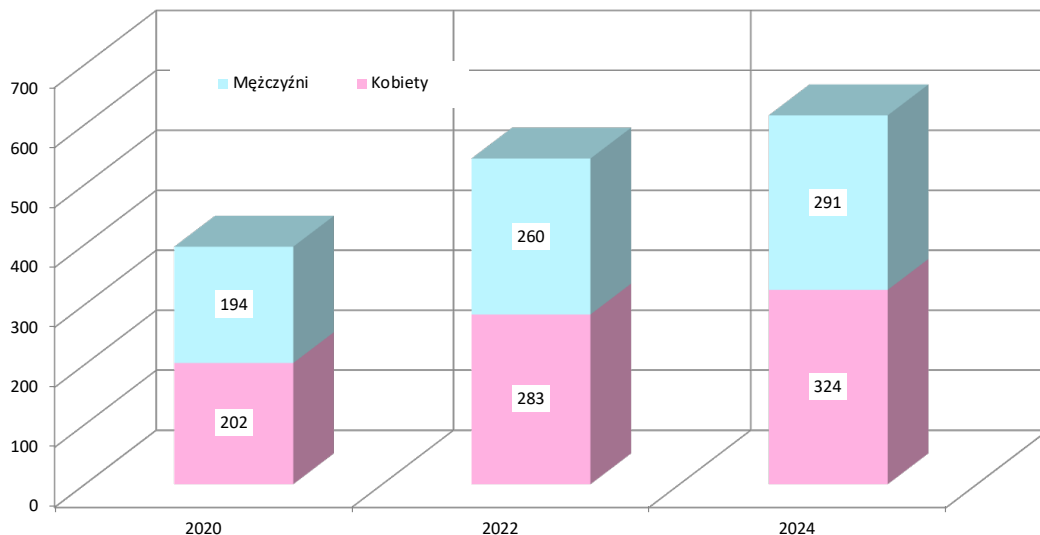
Tabela 1.14

**Ilość wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg płci
w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	2020	2022	2024
Kobiety	202	283	324
Mężczyźni	194	260	291
Razem	396	543	616

Źródło: dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Wykres 1.15 Ilość wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg płci w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

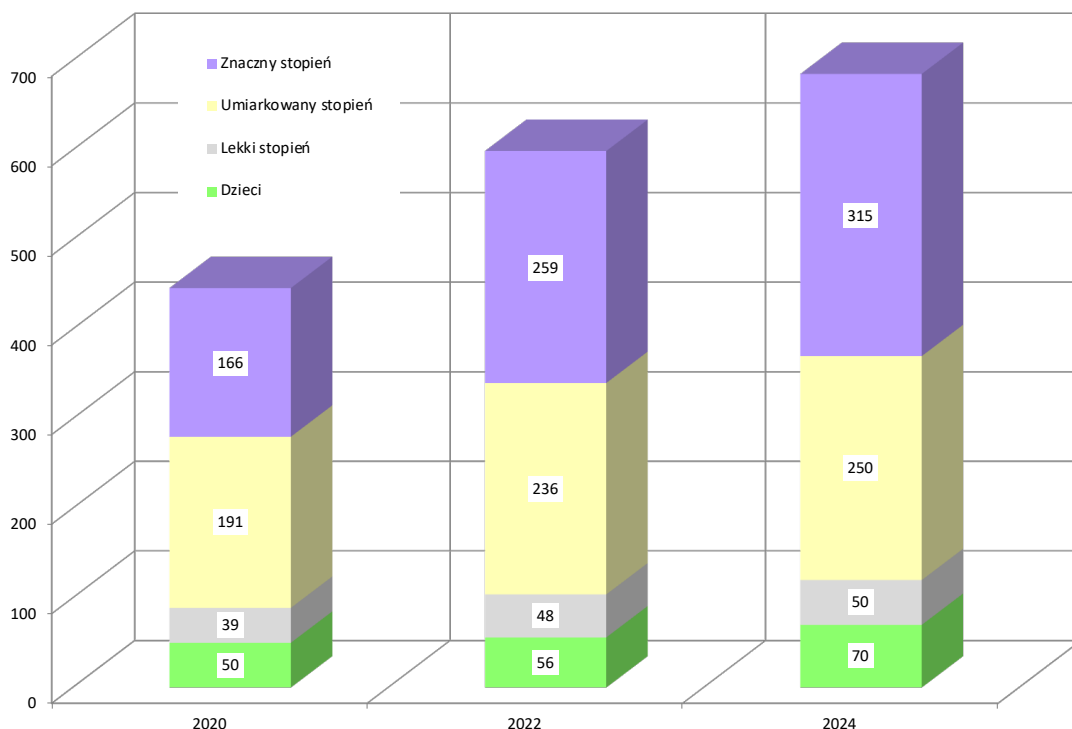
Tabela 1.15

Ilość wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg stopnia niepełnosprawności oraz wykształcenia w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024

Cel złożenia wniosku	2020	2022	2024
Znaczny stopień	122	259	315
Umiarkowany stopień	213	236	250
Lekki stopień	52	48	50
Razem	396	543	616
Wyższe	24	32	40
Średnie	84	127	157
Zasadnicze zawodowe	115	167	177
Podstawowe	111	140	169
mniej niż podstawowe	62	77	72
Razem	396	543	616

Źródło: dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Wykres 1.16 Ilość wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg stopnia niepełnosprawności w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

W analizowanym okresie na terenie Gminy Kazimierza Wielka żyło 2 388 osób z niepełnosprawnością, w tym 1 287 kobiet (53,9%) i 1 101 mężczyzn (46,1%). Co oznacza, że odsetek kobiet wśród osób z niepełnosprawnością był wyższy niż udział kobiet w całej populacji Gminy Kazimierza Wielka. Wynika to z silnej korelacji pomiędzy wiekiem a niepełnosprawnością oraz z faktu, iż w starszych grupach wiekowych kobiet jest zdecydowanie więcej niż mężczyzn. W konsekwencji zdecydowanie wyższej średniej długości życia odsetek kobiet z niepełnosprawnością jest wyższy.

Ponad 2/3 osób z niepełnosprawnością posiadała orzeczoną stopień niepełnosprawności – przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju lub innego orzecznika (ZUS, KRUS, lekarze wojskowi). W grupie osób posiadających orzeczenia proporcja kobiet i mężczyzn była praktycznie identyczna jak udział osób poszczególnych płci w całej populacji. Co najprawdopodobniej wynika z faktu, iż orzeczenie jest niezbędne z przyczyn zawodowych i przez to częściej orzekane u aktywnych mężczyzn w wieku produkcyjnym. Natomiast w mniej licznej – stanowiącej jedynie 1/3 populacji osób z niepełnosprawnością – grupy osób z niepełnosprawnością biologiczną, nie posiadających formalnego orzeczenia a niepełnosprawnością, udział kobiet był prawie półtora razy wyższy. Kobiety, będąc mniej aktywne zawodowo, oraz kobiety w podeszłym wieku nie mają tak wysokiej potrzeby posiadania orzeczenia, czy też wręcz nawet nie posiadają wiedzy jakie jest jego znaczenie i jak je zdobyć.

W analizowanym okresie wzrosła ilość wydanych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju orzeczeń – w przypadku osób dorosłych utrzymała się na niższym poziomie w okresie pandemii, natomiast wróciła do wcześniejszego poziomu po jej zakończeniu.

Okres pandemiczny i ponowny wzrost ilości orzeczeń wydanych osobom dorosłym spowodował zmiany w strukturze według płci – w analizowanym okresie orzeczenia wydawano częściej kobietom niż mężczyznom. Ta tendencja ulegała stopniowemu wzmocnieniu – o ponad 16% więcej orzeczeń wydawano kobietom.

W strukturze wydawanych orzeczeń, według stopnia niepełnosprawności, zmniejszył się - o blisko 1/3 – udział orzeczeń o znacznym stopniu. Spadek ilości wydawanych orzeczeń odnotowano w grupie o umiarkowanym i lekkim stopniu niepełnosprawności – które w 2024 roku stanowiły odpowiednio ponad 40% i 8% wszystkich wydanych.

Istotnym aspektem pozostaje również korelacja między poziomem wykształcenia a ilością wydawanych orzeczeń. Można stwierdzić, iż zły stan zdrowia skutkujący często niepełnosprawnością jest ściśle skorelowany z poziomem wykształcenia. Udział osób z wyższym i średnim poziomem wykształcenia wśród osób uzyskujących orzeczenia, był 3-krotnie niższy niż udział tych osób w całej populacji Gminy. Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym chorowały częściej niż wynikałoby to z ich udziału w populacji, a osoby z podstawowym i niższym poziomem wykształcenia stanowiły 10-krotnie wyższy odsetek osób którym orzekano niepełnosprawność, niż proporcjonalnie mieszka ich w Gminie Kazimierza Wielka.

Tabela 1.16 oraz wykres 1.17 prezentują dane dotyczące ilości wydanych orzeczeń wg płci osób poniżej 16 roku życia.

Tabela 1.16

**Ilość wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg płci
osób poniżej 16 roku życia w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

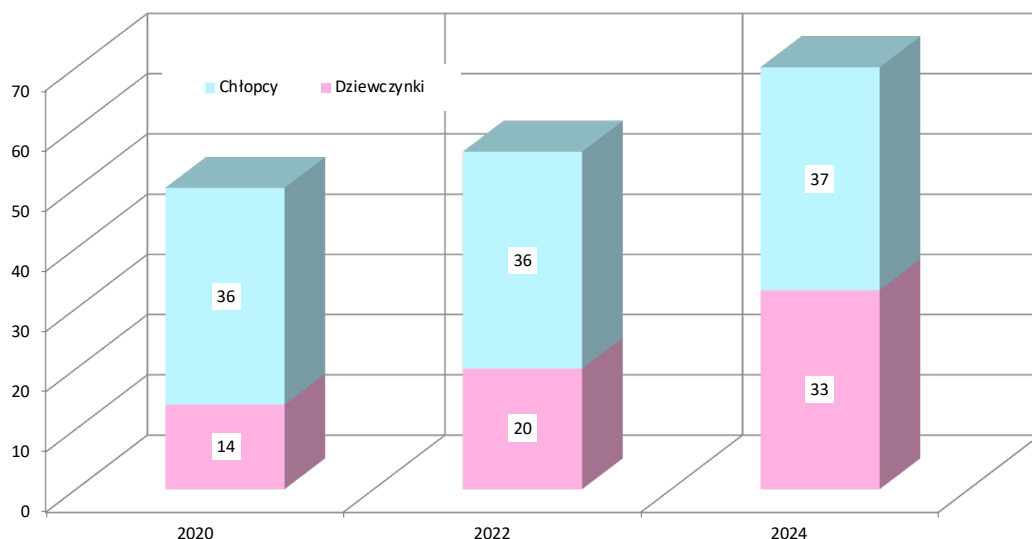
Wyszczególnienie	2020	2022	2024
Dziewczynki	14	20	33
Chłopcy	36	36	37
Razem	50	56	70

Źródło: dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

W odniesieniu do orzeczeń *dziecięcych* – to jest wydawanym osobom od ukończenia 2go do ukończenia 16go roku życia – zaobserwowano, wyraźny, 40-procentowy wzrost ilości wydawanych orzeczeń. Co miało ścisły związek ze zmianami w orzecznictwie i wydłużeniem terminów ważności dotychczasowych orzeczeń w okresie pandemii COVID-19. Na rok 2024 przypadł pierwszy okres obowiązkowego odnowienia orzeczeń co spowodowało wzrost przy spadkach w latach objętych okresem epidemii.

Warto zauważyć również zdecydowaną przewagę orzeczeń wydawanych chłopcom w stosunku do dziewczynek – który przekracza proporcji płci w tej grupie wiekowej w całej populacji Gminy Kazimierza Wielka.

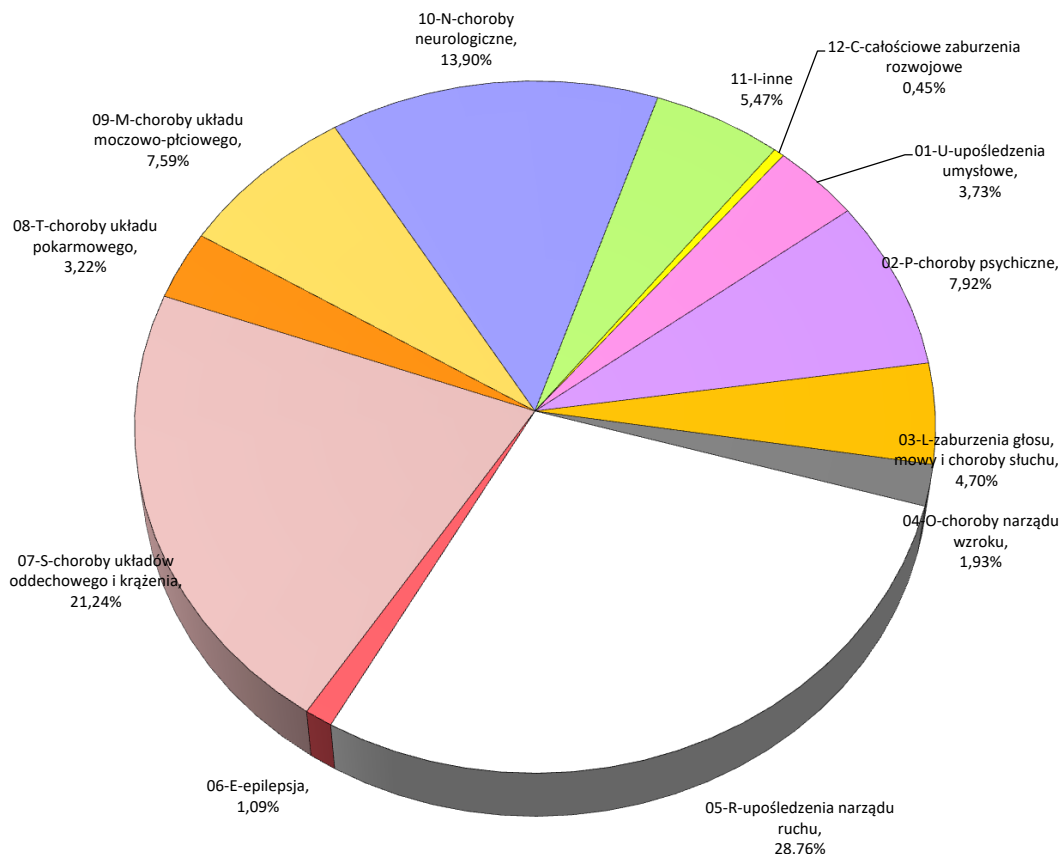
Wykres 1.17 Ilość wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg płci osób poniżej 16 roku życia w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Ostatnim elementem analizy były typy orzekanych niepełnosprawności. Informacje na temat struktury zawiera wykres 1.18.

Wykres 1.18 Orzeczenia o niepełnosprawności wg przyczyny niepełnosprawności w Gminie Kazimierza Wielka średnie dla okresu 2020-2024



Źródło: dane Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Z prezentowanych danych wynika, iż najczęstszą przyczyną wydawania orzeczenia w analizowanym okresie były upośledzenia narządu ruchu – niespełna 30% przypadków – choroby układów oddechowego i krążenia – ponad 20% przypadków. Te dwie przyczyny stanowiły zatem połowę przypadków. Trzecie miejsce zajęły choroby neurologiczne stanowiące przyczynę w ponad 1/8 orzeczeń.

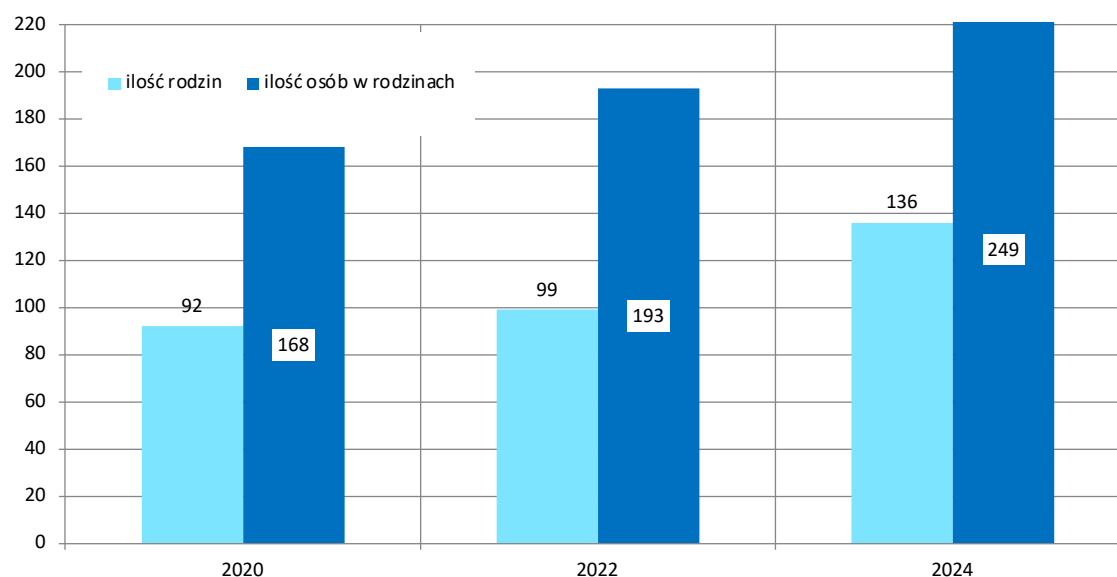
Generalnie można zaryzykować stwierdzenie, iż podstawowymi przyczynami stanu niepełnosprawności w Gminie Kazimierza Wielka są:

- ✓ **spowodowane urazami, wypadkami oraz niezdrowym trybem życia (otyłość) urazy kończyn dolnych**
- ✓ **spowodowane niezdrowym trybem życia (hipercholesterolemia oraz palenie) choroby układów oddechowego i krążenia**
- ✓ **oraz spowodowane niezdrowym trybem życia (nadmierny stres, przeciążenie pracą, brak aktywności ruchowej) choroby neurologiczne.**

co pozwala na wskazanie konieczności zwiększenia działań ukierunkowanych na profilaktykę oraz promocję zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety.

Tabela 1.17 oraz wykres 1.19 prezentuje dane statystyczne Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, opisujące liczbę rodzin osób niepełnosprawnych objętych wsparciem, w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024.

Wykres 1.19 Liczba rodzin korzystających z usług pomocy społecznej ze względu na niepełnosprawność w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Tabela 1.17

**Liczba rodzin korzystających z usług pomocy społecznej ze względu
na niepełnosprawność w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024**

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Niepełnosprawność – liczba rodzin	92	99	136
– liczba osób w rodzinach	168	193	249

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

W analizowanym okresie liczba rodzin osób niepełnosprawnych objętych pomocą społeczną w Gminie Kazimierza Wielka istotnie wzrosła w porównaniu do roku 2020 o blisko 1/2. Przeciętnie w Gminie Kazimierza Wielka 10 osób na 1000 mieszkańców korzysta ze świadczeń pomocy społecznej ze względu na niepełnosprawność.

Wzrost ilości osób niepełnosprawnych korzystających ze świadczeń pomocy społecznej na przestrzeni analizowanego okresu jest efektem bazy. Pierwsze dwa lata w tym okresie to lata pandemiczne, w trakcie których wiele działań pomocy społecznej była znacznie ograniczona, a wręcz w niektórych okresach całkowicie wstrzymana. Rok 2024 był pierwszym rokiem powrotu do normalnego funkcjonowania Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej i porównania kolejnych lat będą dawały asumpt do długofalowych wniosków.

1.3.7. Problemy społeczne osób długotrwale i ciężko chorych

Powiązany – choć absolutnie nie do zbagatelizowania - zidentyfikowanym problemem społecznym występującym w Gminie Kazimierza Wielka, są długotrwale i ciężkie choroby w tym choroby psychiczne i mentalne, które w poprzednim okresie programowania stanowiły częsty powód korzystania z pomocy społecznej. Obecnie ze wsparcia z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby korzysta ponad 7 osób na 1000 mieszkańców Gminy Kazimierza Wielka, co przy dynamicznie starzejącym się społeczeństwie i złej sytuacji demograficznej powinno stać się elementem programowanej polityki społecznej Gminy.

Tabela 1.18 oraz wykres 1.20 prezentuje dane statystyczne Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, opisujące liczbę osób objętych wsparciem ze względu na długotrwałą lub ciężką chorobę, w latach 2020-2024.

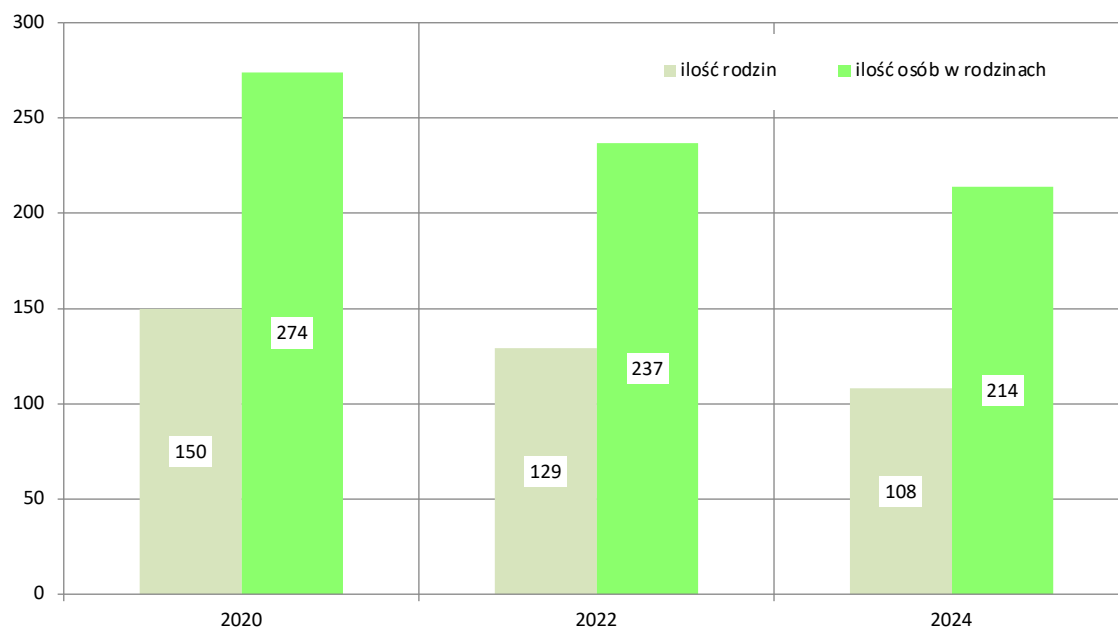
Tabela 1.18

Liczba rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej ze względu na długotrwałą lub ciężką chorobę w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2024
Osób dotkniętych długotrwałą lub ciężką chorobą	150	129	108
Liczba osób w rodzinach dotkniętych długotrwałą lub ciężką chorobą	274	237	214

Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Wykres 1.20 Liczba osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej ze względu na długotrwałą lub ciężką chorobę w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Ilość osób w Gminie Kazimierza Wielka korzystających ze świadczeń pomocy społecznej ze względu na długotrwałą lub ciężką chorobę systematycznie spadała – zjawisko zmniejszyło się w analizowanym okresie o ponad 1/4. W Gminie problem dotyka blisko 7 osób na 1000 mieszkańców – na początku tego okresu było to niespełna 10 osób. Niewątpliwie na ten spadek miał wpływ okres pandemii COVID-19, ponieważ zapadalność na tą chorobę miała wpływ na stan zdrowia mieszkańców Gminy a co za tym idzie na ilości wniosków o wsparcie. Z upływem czasu, wprowadzeniem szczepionek, osłabianiem wirusa, ilość zachorowań spadała.

W kontekście pogarszającej się sytuacji demograficznej Gminy Kazimierza Wielka, problem długotrwałych i ciężkich chorób a także niepełnosprawności – co pozostaje ze sobą w ścisłej korelacji – w szczególności osób w kryzysie zdrowia psychicznego, powinien stanowić jeden z kluczowych obszarów wsparcia.

1.3.8. Problemy społeczne osób starszych

Demograficzne starzenie się ludności Europy i niektórych wysoko rozwiniętych krajów świata – w tym społeczeństwa polskiego – jest procesem o charakterze globalnym. Prognozuje się, iż w perspektywie najbliższych dziesięcioleci tendencja ta jeszcze się nasili, doprowadzając do istotnych przeobrażeń w proporcjach pomiędzy osobami starszymi i młodymi. Na przestrzeni ostatnich lat nastąpił spadek liczby mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym oraz wzrost liczby mieszkańców w wieku poprodukcyjnym. Wskaźnik obciążenia demograficznego (ilość osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym na każde 100 osób w wieku produkcyjnym) w Gminie Kazimierza Wielka wynosił w badanym okresie 71,6 osoby. Był nieznacznie niższy od przeciętnego w Powiecie Kazimierskim - odpowiednio 72,0 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym.

Zmiany zachodzące w strukturze wieku oznaczają, że systematycznie będzie spadać liczba młodych osób w wieku reprodukcyjnym, wzrośnie natomiast liczba osób starszych wymagających wsparcia i opieki. Zwiększającym się w wyniku tych procesów potrzebom będą towarzyszyć coraz skromniejsze zasoby demograficzne służące do ich zaspokajania. Jak podkreślają demografowie, Polska należy do krajów, w których ta zmiana będzie szczególnie dotkliwa, gdyż zgodnie z prognozami w 2060 roku stanie się jednym z najstarszych społeczeństw w Unii Europejskiej.

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką starości i starzenia się, co niewątpliwie jest związane z szybko postępującymi zmianami demograficznymi. Starzenie się populacji Gminy Kazimierza Wielka jest zjawiskiem zachodzącym w bardzo szybkim tempie – przemiany demograficzne zaczęły wyprzedzać wzrost gospodarczy. Przemiany demograficzne w Polsce a także w populacji Gminy następują tak szybko, że utrudniają reagowanie na pojawiające się wyzwania. W dyskursie publicznym coraz dobitniej wyrażane jest przekonanie, że starość stanowi równie istotny etap życia jednostki, jak każdy poprzedni, a poznanie i analiza procesów starzenia się na wszystkich płaszczyznach życia nie tylko przyczyni się do pogłębienia ogólnej wiedzy o człowieku, ale również pozwoli na przygotowanie różnych sfer życia społeczno-gospodarczego na przyjęcie stale rosnącej populacji osób starszych. Niewątpliwie *Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2028* powinien zawierać szeroką ofertę usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych i usług sąsiedzkich, pozwalających na podniesienie samodzielności seniorów w miejscu ich zamieszkania.

Tabela 1.19 oraz wykres 1.21 przedstawiają dane dotyczące osób starszych w Gminie Kazimierza Wielka w latach 2020-2024.

Tabela 1.19

Liczba i udział seniorów w populacji Gminy Kazimierza Wielka w latach 2020-2024

Wyszczególnienie	Lata		
	2020	2022	2023
Seniorzy razem	4 463 28,7%	4 465 29,2%	4 507 29,6%
– kobiety	2 540 31,9%	2 541 32,4%	2 582 33,1%
– mężczyźni	1 923 25,3%	1 924 25,8%	1 925 26,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa maj 2025

Wykres 2.21 Udział seniorów według płci oraz ogółem w populacji Gminy Kazimierza Wielka w latach 2020-2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Baza Danych Lokalnych*, Portal Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa maj 2025

1.3.6. Problemy związane z uchodźstwem i migracjami ludności

Pośród kwestii związanych z migracjami ludności, uwaga opinii publicznej koncentruje się na problemach związanych ze zjawiskiem uchodźstwa. Członkostwo w Unii Europejskiej postawiło państwo polskie przed koniecznością zmierzenia się ze zjawiskiem imigracji, które choć nie występuje w Polsce na masową skalę, stanowi jednak kwestię, której nie powinno się ignorować.

Uchodźstwo stanowi zjawisko niezwykle złożone, przejawiające się na bardzo wielu różnych płaszczyznach: społecznej, ekonomicznej, politycznej, międzynarodowej i innych. Dlatego też problematykę uchodźczą można rozpatrywać z bardzo wielu punktów widzenia. Niemniej Polska to kraj, w którym zjawisko uchodźstwa jest doskonale znane. Z jednej strony ostatnie ponad 200 lat historii to czas, kiedy różne wydarzenia historyczne zmuszały tysiące Polaków do opuszczenia kraju. Wielką falę uchodźców przyniosły rozbiory, przegrane powstania, II wojna światowa, a także cały 45-letni okres po jej zakończeniu, kiedy wielu Polaków znalazło schronienie w różnych lokalizacjach – zarówno na Zachodzie Europy, w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, Ameryce Południowej, Australii.

Uchodźca to człowiek, który z obawy przed prześladowaniami z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przynależności do grupy etnicznej, przekonań politycznych przebywa poza granicami państwa, którego jest obywatelem i nie może lub nie chce korzystać z ochrony tego państwa. Uchodźcy towarzyszą ludzkości od zarania dziejów, są to ludzie, którzy znaleźli się w sytuacji bez wyjścia i w obawie przed prześladowaniem, by ratować swe życie lub wolność, zmuszeni są porzucić swój dom, majątek, przyjaciół i uciekać ze swego ojczystego kraju. Uchodźca nie może powrócić do swojego domu lub takiego powrotu się obawia. Obecnie nowym powodem do uchodźstwa są negatywne zmiany klimatyczne – ocenia się, że w najbliższych 50 latach spowodują one ruchy migracyjne milionów ludzi, którzy w ich efekcie stracą miejsca do życia, warunki do gospodarowania w rolnictwie czy choćby dostęp do wody.

Z drugiej strony Polska jest krajem od średniowiecza słynącym w Europie z tolerancji wobec prześladowanych za religię czy poglądy i otwartości wobec uchodźców. Znajdowali w niej schronienie Żydzi w okresie największych prześladowań, innowiercy w latach największych konfliktów religijnych, a na początku poprzedniego wieku uciekinierzy z Rosji ogarniętej rewolucją. Po II wojnie światowej zjawisko uchodźców w Polsce nie było praktycznie znane, gdyż do Polski uchodźcy praktycznie wcale nie przybywali. Po drugie - nie mówiło się w tamtych czasach o tym problemie, jako że uchodźcami byli głównie uciekinierzy z bloku socjalistycznego w tym z Polski.

Od dnia 24 lutego 2022 tj. od inwazji Rosji na Ukrainę, pojawił się z dużą intensywnością problem uchodźców wojennych z Ukrainy. Od początku rosyjskiej agresji na Ukrainę, kraj opuścili miliony uchodźców i uchodźczyń. Większość z nich dotarła do Polski, która wykazała się godną pochwałą solidarnością. Jednak pod wieloma względami pomoc Ukraińcom i Ukrainkom spadła na barki zwykłych ludzi, jak choćby w kwestii zakwaterowania czy pomocy bezpośredniej. I chociaż uchodźców i uchodźczyń w Polsce jest coraz mniej – część wyjeżdża na Zachód lub wraca do Ukrainy – to polskie władze nadal stoją przed koniecznością zapewnienia dostępu do edukacji, rynku pracy, służby zdrowia

czy mieszkalnictwa setkom tysięcy, a nawet milionom uchodźców i uchodźczyń z Ukrainy. Konieczne jest również zapewnienie im bezpieczeństwa i równego traktowania w Polsce. Sytuacja, w jakiej znalazły się osoby uciekające z Ukrainy do Polski, jest niezwykle trudna zarówno dla nich samych, jak i dla społeczeństwa przyjmującego. W tym kryzysowym czasie, fundamentalne jest zadbanie, by każdy i każda cieszyła się poszanowaniem swoich praw i wolności.

Z drugiej strony istotnym czynnikiem migracyjnym stają się zmiany klimatyczne. Już w tej chwili przybywają do Polski migranci klimatyczni z Ameryki Południowej, w której letnie temperatury przekraczają 50 stopni C co powoduje że tereny te powoli przestają być naturalnymi do funkcjonowania człowieka.

Informacje dotyczące rynku pracy wskazują na istnienie migracji zarobkowej z zagranicy. Powierzenie pracy cudzoziemcowi na podstawie oświadczenia o powierzeniu wykonywania pracy jest procedurą uproszczoną nazywaną także *procedurą oświadczeniową*. Pozwala ona obywatelowi jednego z sześciu państw: republiki Armenii, Republiki Białorusi, Republiki Gruzji, Republiki Mołdawii, Federacji Rosyjskiej i Ukrainy wykonywać pracę w Polsce przez 24 miesiące bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę. Warunkiem skorzystania z procedury uproszczonej jest uzyskanie przez pracodawcę wpisu do ewidencji oświadczeń w powiatowym urzędzie pracy. Pracodawca ma obowiązek poinformować pisemnie powiatowy urząd pracy o podjęciu pracy przez cudzoziemca. Choć oczywiście należy pamiętać, iż istotna część migrantów i uchodźców pracuje w szarej strefie.

W kontekście pogarszającej się sytuacji demograficznej Gminy Kazimierza Wielka, która będzie ulegała dalszym zmianom i będzie negatywnie wpływała w szczególności na rynek pracy oraz obciążenie wynikające z pogarszającego się wskaźnika obciążenia demograficznego, będą stawały przed koniecznością podejmowania odważnych decyzji w zakresie stymulowania procesów migracyjnych. Strategiczny horyzont czasowy decyzji i konstrukcja celów strategicznych powinny tworzyć płaszczyznę zmierzania się ze zjawiskiem imigracji, która może stanowić jedno z potencjalnych rozwiązań pozwalających na przeciwdziałanie negatywnym zjawiskom demograficznym.

Scenariusz deficytu rąk do pracy realizuje się również w Polsce, w tym na rynku pracy Gminy Kazimierza Wielka. W roku 2024 w Powiecie Kazimierskim odnotowano duży deficyt **lekarzy, psychologów i psychoterapeutów, pielęgniarek i położnych, samodzielnich księgowych**, kierowców samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych, monterów instalacji budowlanych, nauczycieli praktycznej nauki zawodu i przedmiotów zawodowych, nauczycieli przedszkoli, nauczycieli szkół specjalnych i oddziałów integracyjnych, pracowników robót wykończeniowych w budownictwie, pracowników służb mundurowych, robotników budowlanych. To daje przestrzeń do kierunkowego pozyskiwania zasobów pracy w efekcie procesów migracyjnych cudzoziemców.

2. DIAGNOZA SPOŁECZNA GMINY KAZIMIERZA WIELKA

2.1. Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnością

2.1.1. Rekomendacje z *Diagnozy*

Kluczowymi rekomendacjami z *Diagnozy* są:

- a) Zwiększenie dostępności poradnictwa rodzinnego i prawnego.
- b) Rozwój oferty zajęć dodatkowych dla dzieci i młodzieży.
- c) Poszerzenie oferty aktywności dla rodzin.
- d) Rozwój usług psychologicznych dla dzieci i młodzieży w placówkach edukacyjnych.
- e) Wprowadzenie lokalnych programów wsparcia dla rodzin wielodzietnych i samotnych rodziców.

2.1.2. Wnioski i założenia dotyczące rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w obszarze rodzin, pieczy zastępczej, dzieci i młodzieży w tym z niepełnosprawnością

Grunt dla procesu deinstytucjonalizacji stanowią usługi społeczne o charakterze profilaktycznym. System wsparcia rodziny musi opierać się przede wszystkim na wsparciu rodziny, działających lokalnie i blisko osób wymagających pomocy, zapobiegających powstawaniu problemów. Kluczowymi elementami wsparcia rodziny ma być praca socjalna, wsparcie asystentów rodziny, poradnictwo oraz rodziny wspierające. Wszystkie te formy wsparcia, możliwe do wykorzystania w ramach obecnych uregulowań prawnych, nie są wystarczająco wykorzystywane. Wspierany będzie rozwój usług profilaktycznych i bezpośrednich usług środowiskowych wspierających dzieci i rodzinę. Ważnym elementem rozwoju systemów wsparcia dzieci i rodzin jest koordynacja oraz współpraca przedstawicieli różnorodnych służb, instytucji, zawodowców pomocowych.

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. Istotnym elementem

wsparcia świadczonego osobom opuszczającym pieczę zastępczą jest objęcie ich kompleksową, wielozakresową pomocą, a w szczególności mieszkalnictwem treningowym lub chronionym.

Integralną rolę w procesie wzmacniania potencjału rodzin odgrywać będzie praca z rodziną NIEZWŁOCZNIE PO umieszczeniu dziecka w pieczy. Następuje wówczas krótki okres szoku i zdecydowanie najwyższa gotowość do podjęcia zmian, umożliwiających powrót dziecka do rodziny biologicznej. Z upływem czasu gotowość do zmian spada wykładniczo, co jest efektem osvajania braku dziecka w rodzinie. Ten sposób realizacji wsparcia niewątpliwie ma wpływ na pozostawanie dzieci w środowisku rodzinnym oraz wzmocnienie roli i funkcji rodziny.

2.2. Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego

2.2.1. Rekomendacje z *Diagnozy*

Kluczowymi wnioskami z *Diagnozy* są:

- a) Zbyt mała ilość środowiskowych form wsparcia tj.: środowiskowe domy samopomocy, centra zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, mieszkania chronione o charakterze wspomagającym dla osób chorujących psychicznie.
- b) Wysoki wskaźnik liczby osób leczonych w poradniach dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego na 1000 mieszkańców w Województwie Świętokrzyskim – 43,8, co znajduje swoje odzwierciedlenie również na terenie Gminy Kazimierza Wielka.
- c) Wzrost liczby osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi o 14%.
- d) Nierównomierny dostęp do opieki psychiatrycznej w regionie, w szczególności ograniczony dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej dla mieszkańców terenów wiejskich w tym Gminy Kazimierza Wielka.
- e) Trudności w dostępie do poradni psychologiczno-pedagogicznych (długi czas oczekiwania).
- f) Brak satysfakcjonującego dostępu do kompleksowego leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży.

2.2.2. Wnioski i założenia dotyczące rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w obszarze osób w kryzysie zdrowia psychicznego

Kluczowym 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 tj. środowiskowe domy samopomocy, 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.

Osobista, stała opieka nad osobą z problemami psychicznymi związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, bardzo często oznacza konieczność wsparcia w prawie każdym aspekcie codziennego życia. Członkowie rodzin, opiekunowie muszą podporządkować swój dzienny rozkład zajęć wykonywaniu czynności związanych z opieką i pomocą, co najczęściej oznacza życie w warunkach ciągłego obciążenia psychofizycznego. Wiele osób w takiej sytuacji rezygnuje z udziału w życiu społecznym, zawodowym, zaniedbuje własne zdrowie, czy też inne potrzeby oraz całkowicie rezygnuje z indywidualnych aspiracji. Zaangażowanie w sprawowanie opieki często utrudnia podejmowanie innych zadań niezbędnych dla funkcjonowania rodziny i prowadzenia gospodarstwa domowego. Co więcej, kondycja zdrowotna osób sprawujących codzienną długotrwałą opiekę z czasem ulega pogorszeniu, co przekłada się na mniejszą skuteczność, a tym samym obniżenie komfortu życia osoby chorej, jej opiekunów a w konsekwencji całej rodziny.

Dlatego niezbędne jest kontynuowanie działań w zakresie:

- ✓ zapobieganie kierowania osób z problemami psychicznymi do ośrodków opieki całodobowej poprzez rozwijanie infrastruktury pomocy instytucjonalnej takich jak: środowiskowe domy samopomocy, centra zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, mieszkania chronione o charakterze wspomagającym dla osób chorujących psychicznie,
- ✓ ułatwiania udziału osobom z niepełnosprawnością, w tym w kryzysie zdrowia psychicznego, w życiu społecznym poprzez dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych, sprzętu rehabilitacyjnego i uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, poprawy warunków mieszkaniowych poprzez dofinansowanie likwidacji barier technicznych i architektonicznych
- ✓ prowadzenia poradnictwa psychologicznego, prawnego i rodzinnego dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin, w tym w kryzysie zdrowia psychicznego,

- ✓ wspierania przedsięwzięć przygotowujących niepełnosprawną młodzież do samodzielności, np. trening kompetencji i umiejętności społecznych, rozwój pasji, zainteresowań, trening asertywności itp.
- ✓ wzmacnianie potencjału organizacji społecznych działających na rzecz osób z niepełnosprawnością, w tym w kryzysie zdrowia psychicznego,
- ✓ współpraca międzysektorowa,
- ✓ organizowanie grup samopomocowych,
- ✓ świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych, w tym w kryzysie zdrowia psychicznego,
- ✓ wychowanie i kształtowanie w środowisku społecznym postaw otwartych oraz życzliwych wobec osób w kryzysie zdrowia psychicznego,
- ✓ udział w konkursach i programach osłonowych dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego oraz pozyskiwanie środków na działania na rzecz tej grupy osób.

2.3. Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością

2.3.1. Rekomendacje z *Diagnozy*

Kluczowymi rekomendacjami z *Diagnozy* są:

- a) Rozszerzenie oferty specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z niepełnosprawnościami.
- b) Wprowadzenie usługi transportu door-to-door dla osób z niepełnosprawnościami, aby ułatwić im dostęp do usług społecznych i zdrowotnych.
- c) Wprowadzenie do katalogu usług mobilnych typu: usługi kosmetyczne i sprzątające.
- d) Wdrożenie programu likwidacji barier architektonicznych w przestrzeni publicznej.
- e) Rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych dla seniorów.
- f) Utworzenie systemu transportu door-to-door dla tej grupy wiekowej, aby ułatwić im dostęp do usług zdrowotnych i społecznych.
- g) Zapewnienie dostępu do mobilnych usług kosmetycznych i sprzątających, które częściowo odciążą osoby nie w pełni samodzielne.

- h) Organizacja działań integracyjnych, edukacyjnych i rozrywkowych dedykowanych seniorom oraz osobnych działań wzmacniających integrację międzypokoleniową.
- i) Zwiększenie oferty działań realizowanych w ramach klubu seniora.
- j) Wprowadzenie programu opieki sąsiedzkiej dla samotnych seniorów

2.3.2. Wnioski i założenia dotyczące rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w obszarze osób w kryzysie zdrowia psychicznego

Istotnym wyzwaniem dla polityki społecznej Gminy Kazimierza Wielka staje się starzenie populacji. Wraz z postępującym procesem starzenia się mieszkańców Gminy wzrastać będzie liczba osób z niepełnosprawnościami oraz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Należy przewidywać 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. Co w przyszłości będzie skutkowało nasileniem się problemów związanych z zapewnieniem właściwej opieki osobom starszym.

W przypadku osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu szczególnie ważny jest zwiększenie ilości świadczonych: 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.

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 – zarówno w formie pobytu dziennego jak i całodobowego. Jej zadaniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów faktycznych osób wymagających intensywnego wsparcia przez zapewnienie czasowego zastępstwa w ich wykonywaniu.

2.4. Osoby w kryzysie bezdomności

2.4.1. Rekomendacje z *Diagnozy*

Kluczowymi rekomendacjami z *Diagnozy* są:

- a) Utworzenie programu wspierającego osoby zagrożone bezdomnością, w tym zapewnienie dostępu do mieszkania wspomagane.
- b) Zapewnienie wsparcie w postaci usług socjalnych i psychologicznych dla mieszkańców mieszkań wspomagających.
- c) Rozszerzenie planowanej oferty usług door-to-door o przewóz osób z kryzysami bezdomności do placówek pomocy społecznej.
- d) Utworzenie hostelu interwencyjnego dla osób bezdomnych.
- e) Wdrożenie programu reintegracji społeczno-zawodowej dla osób opuszczających placówki opiekuńcze

2.4.2. Wnioski i założenia dotyczące rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w obszarze osób w kryzysie bezdomności

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. Formy 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 społecznych agencjach najmu.

2.5. Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym

2.5.1. Rekomendacje z *Diagnozy*

Kluczowymi rekomendacjami z *Diagnozy* są:

- a) Organizacja szkoleń i kursów zawodowych dostosowanych do potrzeb lokalnego rynku pracy.
- b) Organizacja staży i praktyk zawodowych we współpracy z lokalnymi przedsiębiorcami.
- c) Wprowadzenie programów mentoringowych wspierających zakładanie działalności gospodarczej
- d) Zwiększyć dostępność poradnictwa psychologicznego i prawnego dla osób reintegrujących się społecznie i zawodowo.

2.5.2. Wnioski i założenia dotyczące rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w obszarze osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i zawodowym

Bezrobocie nadal jest istotnym problemem, zwłaszcza wśród młodych i kobiet. Należy jednak podkreślić, że wynika on między innymi ze struktury lokalnego rynku pracy. Uczestnicy *Diagnozy* podkreślali, że oferta miejsc pracy jest bardzo ograniczona, co przyczynia się do odpływu osób młodych do większych miast (jako główny kierunek wskazywano Kraków). W *Diagnozie* podkreślono, że mieszkańcy dostrzegają potrzebę zdobywania nowych kwalifikacji i umiejętności, aby lepiej radzić sobie na rynku pracy. Bezrobocie nadal jest istotnym problemem, zwłaszcza wśród młodych i kobiet. Uczestnicy *Diagnozy* wskazują na potrzebę szkoleń i kursów zawodowych.

Uczestnicy *Diagnozy* wskazują na potrzebę poradnictwa psychologicznego i prawnego w procesie reintegracji. W diagnozie podkreślono, że reintegracja społeczna i zawodowa jest kluczowa dla osób z trudnościami w powrocie do społeczeństwa, np. po opuszczeniu zakładu karnego. Obecne tempo rozwoju i zmian społeczno-gospodarczych powoduje konieczność wzmocnienia kompetencji takich osób.

2.6. Opiekunowie faktyczni osób starszych i z niepełnosprawnością

2.6.1. Rekomendacje z *Diagnozy*

Kluczowymi rekomendacjami z *Diagnozy* są:

- a) Kontynuowanie i rozwój realizacji programu opieki wytchnieniowej – zarówno w formie pobytu dziennego jak i pobytu całodobowego – dla opiekunów faktycznych, zapewniając im wsparcie i czas na regenerację.

2.6.2. Wnioski i założenia dotyczące rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w obszarze opiekunowie faktyczni osób starszych i z niepełnosprawnością

Osobista, stała opieka nad dzieckiem lub dorosłą osobą, których niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, bardzo często oznacza konieczność wsparcia w prawie każdym aspekcie codziennego życia. Opiekunowie faktyczni muszą podporządkować swój dzienny rozkład zajęć wykonywaniu czynności związanych z opieką i pomocą, co najczęściej oznacza życie w warunkach ciągłego obciążenia psychofizycznego.

Wiele osób w takiej sytuacji rezygnuje z udziału w życiu społecznym, zawodowym, zaniedbuje własne zdrowie, czy też inne potrzeby oraz całkowicie rezygnuje z indywidualnych aspiracji. Zaangażowanie w sprawowanie opieki często utrudnia podejmowanie innych zadań niezbędnych dla funkcjonowania rodziny i prowadzenia gospodarstwa domowego. Co więcej, kondycja zdrowotna osób sprawujących codzienną długotrwałą opiekę z czasem ulega pogorszeniu, co przekłada się na mniejszą skuteczność, a tym samym obniżenie komfortu życia osoby z niepełnosprawnością oraz samego opiekuna.

3. PRZEJŚCIE OD OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ DO USŁUG ŚWIADCZONYCH NA POZIOMIE SPOŁECZNOŚCI LOKALNYCH

3.1. Wspieranie rozwiązań na poziomie lokalnych społeczności

W opiece instytucjonalnej w Gminie Kazimierza Wielka przebywa istotny odsetek osób niepełnosprawnych. Ponieważ bardzo trudno jest dotrzeć do szczegółowych danych – informacje odnośnie do niepełnosprawności nie mają pełnej, ujednoliconej statystyki – informacje te należy traktować jako oszacowanie liczby osób objętych opieką instytucjonalną.

W Gminie Kazimierza Wielka rośnie liczba dzieci w różnych typów pieczy zastępczej i placówek pobytu stałego. Zwłaszcza dzieci z niepełnosprawnością są bardziej od innych narażone na umieszczenie w opiece instytucjonalnej i pozostanie tam przez długi czas, a wielu przypadkach – przez całe życie.

Nie są dostępne całościowe dane na temat liczby osób starszych objętych opieką instytucjonalną w Gminie Kazimierza Wielka. Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej ma dane na tematy osób umieszczonych w DPS – w latach 2023-2024 ze środków gminy finansowano pobyt **28 osób** w Domach Pomocy Społecznej. Niemniej należy przyjąć, iż odsetek beneficjentów stacjonarnej opieki długoterminowej jest niższy niż osób objętych opieką domową. Wiele osób starszych pozostaje bez dochodów i wsparcia co prowadziło to do wzrostu liczby osób starszych umieszczanych w Domach Pomocy Społecznej. Niemniej jednak warto zauważyć, iż sytuacja Gminy Kazimierza Wielka stopniowo zmienia się w tym zakresie, a ilość usług realizowanych w środowisku systematycznie wzrasta.

W odniesieniu do osób niepełnosprawnych prawdopodobieństwo objęcia opieką instytucjonalną wzrasta wraz z wiekiem. Wyjaśnia to, dlaczego liczba kobiet w zakładach przewyższa liczbę mężczyzn, jako że kobiety żyją przeciętnie dłużej od mężczyzn. Ta statystyka wskazuje poważne wyzwanie związane z zapewnieniem wsparcia: w miarę jak coraz więcej osób ze złożonymi potrzebami dożywa podeszłego wieku, niezbędne są dodatkowe usługi, aby zaspokoić ich potrzeby. W połączeniu ze wzrostem długowieczności społeczeństwa oraz występowaniem demencji i innych schorzeń upośledzających funkcjonowanie zwiększa to presję na władze krajowe, regionalne i lokalne oraz służby socjalne i opiekę zdrowotną.

Na szczeblu Unii Europejskiej, ogólnokrajowym a także na poziomie *Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2023 -2025* podjęto ogólne zobowiązanie dotyczące przejścia od instytucjonalnych do form opieki świadczonych na poziomie społeczności lokalnych w przypadku wszystkich grup tj.

Zgodnie z RPDl Województwa Świętokrzyskiego:

- ✓ rodziny i pieczy zastępczej
- ✓ osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, chorobę i niepełnosprawność
- ✓ osoby w kryzysie zdrowia psychicznego
- ✓ osoby w kryzysie bezdomności
- ✓ obywatele państw trzecich, migranci w tym uchodźcy

Najważniejsze uzgodnione w tym zakresie standardy stawiają przed samorządem Gminy Kazimierza Wielka wymóg rozwijania usług świadczonych przez lokalne społeczności jako alternatywy dla opieki instytucjonalnej.

Zobowiązania polityczne na poziomie Unii Europejskiej:

- ✓ Prawo do niezależnego życia osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku oraz wskazuje potrzebę podporządkowania wszelkich działań dotyczących dzieci najlepszym interesom dziecka.
- ✓ Prawo do uczestnictwa w życiu społeczności oraz integracji społecznej, kulturalnej i zawodowej ze względu na ich znaczenie dla godnego i niezależnego życia.
- ✓ Współpraca w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, jako że ubóstwo jest jednym z czynników warunkujących umieszczanie dzieci w opiece instytucjonalnej, procesowi rozwoju usług świadczonych przez lokalne społeczności muszą towarzyszyć inne działania w zakresie walki z ubóstwem i włączenia społecznego.
- ✓ Dostęp do mieszkań, co ma to szczególne znaczenie dla osób niepełnosprawnych, gdyż otwarty rynek mieszkaniowy nie zaspokaja ich potrzeb w zakresie przystosowania do niepełnosprawności. Wiele rodzin jest zmuszonych umieszczać osoby niepełnosprawne oraz starsze i przewlekle chore w opiece instytucjonalnej ze względu na brak odpowiedniego miejsca do zamieszkania.
- ✓ Osiągnięcie pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym poprzez zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, w tym także dostępu do pomocy osobistej.

- ✓ Wspieranie z Europejskiego Funduszu Społecznego działań w celu dokonania przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności m.in. poprzez szkolenia dla kadr świadczących usługi w środowisku, w szczególności usługi opiekuńcze, jest istotnym elementem procesu deinstytucjonalizacji, dostosowanie infrastruktury społecznej, rozwijanie systemów finansowania pomocy osobistej, zapewnienie odpowiednich warunków pracy opiekunów zawodowych oraz wsparcie dla rodzin i opiekunów nieformalnych.
- ✓ Rozwój usług świadczonych w lokalnej społeczności i wykształcenie sprzyjającego włączeniu społecznemu podejścia do zdrowia psychicznego.
- ✓ Promowania dobrostanu i godności niesamodzielných osób starszych.
- ✓ Wprowadzenie niezbędnych środków mających na celu umożliwienie osobom starszym, niepełnosprawnym i przewlekle chorym swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku dopóty, dopóki będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, poprzez: zapewnianie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb oraz stanu zdrowia lub zapewnianie stosownej pomocy przy adaptacji ich mieszkań oraz opiekę medyczną i usługi, których wymaga ich stan.
- ✓ Zapewnienie skoordynowanego podejścia do świadczonych w ramach wspólnoty lokalnej wysokiej jakości usług dla osób niepełnosprawnych, umożliwiających im życie w swojej społeczności i poprawiających jakość ich życia.
- ✓ W zakresie działań przekrojowych na rzecz niepełnosprawnych dzieci i młodzieży wymaga się, aby potrzeby niepełnosprawnych dzieci i ich rodzin były starannie oceniane przez właściwe władze pod kątem zapewnienia środków wsparcia, umożliwiających tym dzieciom dorastanie we własnej rodzinie, włączenie się w nurt życia lokalnego oraz życia i działalności lokalnej społeczności dziecięcej.
- ✓ Skoordynowane działania, które mają pozwolić osobom z grup docelowych na możliwie szerokie dalsze uczestnictwo w życiu społecznym.

3.2. Zagrożenia opieki instytucjonalnej

W licznych raportach wskazuje się na poważne problemy z przestrzeganiem praw człowieka w opiece instytucjonalnej oraz odbiegający od standardów sposób traktowania i warunki życia dzieci oraz dorosłych w niektórych placówkach. Wspólnymi cechami opieki instytucjonalnej są odbieranie przedmiotów osobistych, sztywne procedury bez uwzględnienia osobistych preferencji lub potrzeb pensjonariuszy oraz ograniczony

kontakt bądź całkowity brak kontaktu z ludźmi spoza instytucji opieki. Dzieci są często przenoszone z jednego zakładu do drugiego, przez co ustają wszelkie więzy z rodzicami i rodzeństwem.

Standardy dotyczące osób otoczonych opieką psychiatryczną dopuszczają w pewnych okolicznościach ograniczenie swobody ruchów i odosobnienie. Trzeba je wszakże stosować tylko w sytuacjach nagłych i jako ostateczność, a nawet wówczas jedynie pod pewnymi warunkami.

Negatywne i nieodwracalne czasem skutki pobytu w zakładzie dla właściwego rozwoju dzieci gruntownie prezentuje tabela 3.1.

Tabela 3.1

Skutki pobytu w zakładach dzieci objęte opieką instytucjonalną

Obszary rozwoju dziecka, na które wpływ ma opieka instytucjonalna	Skutki pobytu w zakładzie dla zdrowia dziecka	Cechy opieki instytucjonalnej
Rozwój fizyczny i zdolności motoryczne	Niedorozwój fizyczny – masa ciała, wzrost i obwód głowy poniżej normy. Zaburzenia słuchu i wzroku, które mogą być spowodowane niewłaściwą dietą lub niedostateczną stymulacją. Opóźnienia w rozwoju umiejętności motorycznych i pominięte etapy rozwoju, w ciężkich przypadkach stereotypowe zachowania, takie jak kiwanie się i kiwanie głową. Zły stan zdrowia i choroby. Niepełnosprawność fizyczna i intelektualna wskutek opieki instytucjonalnej.	Zakłady cechują się zazwyczaj klinicznym środowiskiem z bardzo sztywnymi procedurami, niekorzystnym stosunkiem liczby opiekunów do dzieci oraz obojętnym personelem, który za swoją rolę uważa przede wszystkim zapewnienie opieki pielęgniarzkiej i fizycznej, w mniejszym zaś stopniu psychologicznej. Dzieci spędzają zazwyczaj znaczną część dnia w łóżeczku. Nacisk kładzie się na zapobieganie infekcjom, w rezultacie czego dzieci mają kontakt ze światem zewnętrznym rzadko i pod ścisłym nadzorem, a zabawy się ogranicza.
Konsekwencje psychologiczne	Negatywne konsekwencje społeczne i behawioralne, takie jak problemy z zachowaniami aspołecznymi, kompetencjami społecznymi, zabawami oraz interakcjami z rówieśnikami/ rodzeństwem.	Brak w zakładzie podstawowego opiekuna (zastępującego matkę), co jest ważne dla normalnego rozwoju dziecka. Złe warunki, pozbawienie możliwości interakcji z innymi ludźmi.

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

	Zachowania „quasi-autystyczne”, takie jak zasłanianie twarzy lub stereotypowe zachowania auto-stymulujące bądź przynoszące ulgę, takie jak kiwanie się lub kiwanie głową. Zachowania mające na celu zwrócenie na siebie uwagi, np. agresja lub samookaleczanie się (co może prowadzić do izolacji społecznej dzieci bądź fizycznego ograniczenia swobody ruchów).	Obojętni opiekunowie. Niekorzystny stosunek liczby opiekunów do liczby dzieci.
Powstawanie więzi emocjonalnych	Niezogniskowane przywiązanie, nadmierne przywiązanie lub brak zahamowań, zwłaszcza u dzieci przyjętych do zakładów przed ukończeniem dwóch lat. Niekorzystny wpływ na zdolność dzieci do budowania relacji w późniejszym życiu. Dzieci desperacko poszukujące uwagi i uczucia u dorosłych.	Brak nacechowanej ciepłem, nieprzerwanej relacji z wrażliwym opiekunem, nawet w dobrej jakości zakładach. Ograniczone możliwości nawiązywania selektywnych więzi, zwłaszcza przy dużej liczbie dzieci, niewielkiej liczbie pracowników oraz braku stałej opieki wskutek pracy zmianowej i rotacji personelu.
Rozwój intelektualny i językowy	Słabe zdolności poznawcze i niższy iloraz inteligencji. Opóźnienia w nabywaniu zdolności językowych. Deficyt zdolności językowych – limitowane słownictwo, mniej spontaniczny sposób wyrażania się, problemy z nauką czytania.	Niedostateczna stymulacja.
Rozwój mózgu	Zahamowanie rozwoju mózgu u małych dzieci, którego skutkiem są deficyt neurologiczny i behawioralny, zwłaszcza w odniesieniu do interakcji społecznych oraz emocji, a także języka.	Brak interakcji z opiekunem, który zajmowałby się małym dzieckiem, mówił do niego oraz reagował na jego zachowania w łagodny i konsekwentny sposób, regularnie wprowadzając nowe bodźce właściwe dla etapu jego rozwoju. Brak sposobności nawiązania więzi z osobą rodzica.

		Nacisk na fizyczną opiekę nad dziećmi i ustanowienie procedur, przy mniejszym nacisku na zabawę, interakcje społeczne oraz opiekę indywidualną.
--	--	---

Źródło Ogóźnieuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, Bruksela 2012

Dowiedziano, że samo otoczenie instytucjonalne sprzyja dodatkowej niepełnosprawności, która może utrzymywać się do końca życia. Brak życia osobistego, brak autonomii oraz brak poszanowania integralności osoby może utrudniać rozwój emocjonalny i społeczny jednostki. Aby opisać skutki psychologiczne pobytu w zakładzie, ukuto terminy, takie jak *deprywacja społeczna* i *wyuczona bezradność*. Pobyt w zakładzie wpływa także na rozwój językowy i intelektualny, mogąc prowadzić do różnych problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym agresji oraz depresji.

Prawdziwe jest także stwierdzenie odwrotne. Badania wskazują, że życie w społeczności może sprzyjać większej niezależności i rozwojowi osobistemu. W wielu badaniach analizowano zmiany w zachowaniach adaptacyjnych lub trudnych, które były związane z przejściem od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Ogólnie stwierdzono, że skutkiem życia w społeczności jest niemal zawsze poprawa w zakresie zachowań adaptacyjnych oraz zmniejszenie występowania zachowań trudnych. Przejściu do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności towarzyszy znaczna poprawa umiejętności dbania o siebie oraz nieco mniejsza poprawa umiejętności komunikacyjnych, uczenia się, społecznych i związanych z życiem w społeczności, jak też rozwoju fizycznego.

3.3. Lepsze wykorzystanie zasobów poprzez realizację usług na poziomie lokalnych społeczności

Panuje zgoda, że inwestowanie w opiekę instytucjonalną nie jest właściwym kierunkiem polityki publicznej. Jest tak, gdyż ze źródeł publicznych finansowane są usługi, które – jak wykazano – przynoszą niezadowalające rezultaty dla odbiorców. Należycie skonstruowane i zarządzane systemy środowiskowe, umożliwiające niezależne oraz wspierane życie, przynoszą lepsze rezultaty dla użytkowników – poprawę jakości życia oraz stanu zdrowia i możliwość wnoszenia wkładu w życie społeczne. W związku z tym inwestycja w takie usługi jest lepszym sposobem wykorzystania pieniędzy podatników.

W przypadku dzieci inwestycje w usługi, takie jak wczesne interwencje, wsparcie dla rodzin, reintegracja i wysokiej jakości opieka zastępcza, mogą zapobiec niekorzystnym zjawiskom, takim jak przedwczesne kończenie nauki, bezrobocie, bezdomność, uzależnienia, zachowania aspołeczne oraz przestępczość. Oprócz pozytywnego wieloletniego wpływu na dzieci, co powinno być najważniejszym czynnikiem brany pod uwagę, usługi takie pozwolą w perspektywie długoterminowej zaoszczędzić środki publiczne.

Badania dotyczące kosztów opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w zakresie zdrowia psychicznego w porównaniu z opieką instytucjonalną wykazały, że koszty pozostają w przybliżeniu na tym samym poziomie, natomiast jakość życia odbiorców oraz ich zadowolenie z usług wzrastają. Tam, gdzie opieka instytucjonalna okazywała się tańsza, wynikało to z przeznaczenia na nią niewystarczających zasobów, co miało znaczący wpływ na niski poziom osiągniętych wyników.

4. CELE I ZAŁOŻENIA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE KAZIMIERZA WIELKA

4.1. Cel i założenia w obszarze *Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnościami*

4.1.1 Cel

**Rozwinięty system wsparcia rodzin
i rodzinnych form pieczy zastępczej oraz
usług poradnictwa specjalistycznego
i aktywizowania dzieci i rodzin,
zwiększający ich samodzielność i siłę**

4.1.2 Założenia

Kluczowe założenia w obszarze priorytetowym

Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnościami:

- a) Wspieranie rozwoju usług profilaktycznych wspierających rodzinę w szczególności zapobiegających umieszczaniu dzieci w pieczy zastępczej**
- b) Zainicjowanie funkcjonowania rodziny/rodzin wspierających
- c) Rozwój poradnictwa rodzinnego.
- d) Wzmocnienie kompetencji kadr opieki społecznej połączony z rozwojem współpracy partnerskich zespołów kooperacji na rzecz wsparcia rodziny.
- e) Wspieranie rozwoju usług specjalistycznych i interwencyjnych dla osób doświadczających kryzysów.

- f) Wspieranie pozyskiwania i przygotowywania kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, wielozakresowe wsparcie rodzin zastępczych.
- g) Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą w tym testowanie pilotażowych programów usamodzielniania młodzieży z pieczy zastępczej.
- h) Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą poprzez usługi świadczone w mieszkaniach treningowych lub mieszkaniach wspomaganych

4.2. Cel i założenia w obszarze *Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego*

4.2.1 Cel

**Zwiększony dostęp do usług
wsparcia psychologicznego i opieki
psychiatrycznej oraz usług
środowiskowych dla osób
w kryzysie zdrowia psychicznego**

4.2.2 Założenia

Kluczowe założenia w obszarze priorytetowym *Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego*:

- a) Poprawa dostępu do usług opieki psychiatrycznej oraz usług środowiskowych**
- b) Rozwój specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania.
- c) Rozwój dziennych form pomocy i wsparcia – upowszechnianie działalności ośrodków wsparcia, w tym środowiskowych domów samopomocy oraz mieszkań chronionych.
- d) Rozwój form wsparcia o charakterze samopomocowym – klubów samopomocy, kręgów wsparcia, grup samopomocowych.

- e) Rozwój kompetencji kadry realizującej usługi na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.
- f) Wspieranie podmiotów świadczących usługi społeczne dla osób w kryzysie psychicznym – organizacji pozarządowych i podmiotów ekonomii społecznej.
- g) Wspieranie rozwoju specjalistycznego poradnictwa.
- h) Koordynacja usług oparcia społecznego dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego świadczonych w ramach systemu pomocy społecznej z usługami zdrowotnymi realizowanymi zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- i) Wdrażanie rozwiązań wypracowanych w ramach projektu pn. *Standardy mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym*, realizowanego przez ROPS Kielce.

4.3. Cel i założenia w obszarze *Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni*

4.3.1 Cel

**Rozwinięty, funkcjonujący i efektywny
system wsparcia opartego
na ofercie usług społecznych
i zdrowotnych świadczonych
w rodzinie i środowisku lokalnym**

4.3.2 Założenia

Kluczowe założenia w obszarze priorytetowym

Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni:

- a) Wspieranie rozwoju środowiskowych usług społecznych w szczególności opiekuńczych i asystenckich**

- b) Wspieranie tworzenia i rozwoju placówek wsparcia dziennego – w tym domy pomocy, kluby seniora itp. w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej
- c) Rozwijanie oferty opieki wytchnieniowej – zarówno w formie pobytu dziennego jak i całodobowego – dla opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- d) Wspieranie tworzenia oraz rozwoju podmiotów ekonomii społecznej sprofilowanych na świadczenie usług społecznych adresowanych do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- e) Wspieranie działań profilaktycznych, aktywizujących, edukacyjnych, usprawniających i integrujących adresowanych do seniorów oraz osób z niepełnosprawnościami.
- f) Wsparcie psychologiczne lub szkolenia dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- g) Zapewnienie dodatkowych usług opiekuńczych, m.in.: teleopieka, wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego, dowożenie posiłków, drobne usługi remontowe i naprawcze, porządkowe, higieniczne, świadczone w miejscu zamieszkania seniorów i osób z niepełnosprawnością, zapobiegające umieszczaniu osób w placówkach całodobowych.

4.4. Cel i założenia w obszarze Osoby w kryzysie bezdomności

4.4.1 Cel

Skuteczny system działania na rzecz lokalnej społeczności obejmujący rozszerzanie oferty pomocowej oraz wsparcie aktywizacji osób w kryzysie bezdomności, a także zapobieganie ich stygmatyzacji i wykluczeniu

4.4.2 Założenia

Kluczowe założenia w obszarze priorytetowym

Osoby w kryzysie bezdomności:

- a) Stworzenie zróżnicowanych form wspierających funkcjonowanie osób znajdujących się w kryzysie bezdomności w społeczności lokalnej.
- b) Upowszechnianie informacji i dobrych praktyk o działaniach w zakresie wsparcia osób w kryzysie bezdomności w ramach szkoleń i spotkań dedykowanych dla przedstawicieli samorządu gminnego, organizacji pozarządowych i innych osób zaangażowanych w pomoc dla osób w kryzysie bezdomności.
- c) Prowadzenie współpracy z organizacjami pozarządowymi poprzez zlecanie zadań publicznych w obszarze działalności na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w ramach otwartych konkursów ofert finansowanych ze środków własnych i z zewnętrznych źródeł finansowania.
- d) Zapewnienie form wsparcia umożliwiających samodzielne funkcjonowanie osób pozostających w kryzysie bezdomności w środowisku lokalnym.
- e) Przeciwdziałanie stygmatyzacji osób w kryzysie bezdomności przez działania w środowisku lokalnym, prowadzenie kampanii społecznych zapobiegających ich stygmatyzacji i zmiany niechętnych wobec nich postaw.

4.5. Cel i założenia w obszarze

Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym

4.5.1 Cel

Wsparty system aktywnego włączenia społecznego w celu promowania równości szans, niedyskryminacji i aktywnego uczestnictwa, oraz zwiększanie zdolności do zatrudnienia, w szczególności grup w niekorzystnej sytuacji

4.5.2 Założenia

Kluczowe założenia w obszarze priorytetowym

Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym:

- a) Wsparcie będzie realizowane poprzez wdrażanie kompleksowych i zindywidualizowanych usług społecznych ukierunkowanych na aktywizację społeczną i zawodową osób w najtrudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej z wykorzystaniem instrumentów aktywnej integracji w środowisku lokalnym.
- b) Aktywizacja społeczna – w celu nabycia, przywrócenia lub wzmocnienia kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, np. działania z zakresu poradnictwa specjalistycznego (m.in. socjoterapeuty, psychologa, prawnika, mediatora), działania z zakresu poradnictwa i wsparcia indywidualnego oraz grupowego w zakresie podniesienia kompetencji życiowych i umiejętności społeczno-zawodowych umożliwiających docelowo powrót do życia społecznego, w tym powrót na rynek pracy i aktywizację zawodową (m.in. warsztaty rozwoju osobistego, indywidualny coaching, warsztaty kompetencji pedagogiczno-wychowawczych, trening umiejętności społecznych, praca metodą mentoringu).
- c) Aktywizacja zawodowa – w celu pomocy w podjęciu decyzji dotyczącej wyboru lub zmiany zawodu, wyposażenia w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądate na rynku pracy, jak również pomoc w utrzymaniu zatrudnienia, np. prace społecznie użyteczne, staże zawodowe, praktyki zawodowe, subsydiowane zatrudnienie, poradnictwo zawodowe, pośrednictwo pracy, trening pracy jako usługi wspierające aktywizację zawodową, zatrudnienie wspierane, wspomagane, usługi trenera zatrudnienia wspieranego, kursy i szkolenia zawodowe.
- d) Aktywizacja edukacyjna – w celu nabycia lub potwierdzenia kompetencji ogólnych lub zawodowych dostosowanych do potrzeb rynku pracy, prowadzące do uzyskania kwalifikacji.
- e) Aktywizacja zdrowotna – w celu wyeliminowania lub złagodzenia barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy – w zakresie działań o charakterze diagnostycznym lub profilaktycznym.
- f) Działania poprawiające warunki mieszkaniowe, w celu zwiększenia możliwości integracji na rynku pracy i poprawy jakości życia.
- g) Działania mające na celu wzrost kompetencji rodzin w zakresie spędzania czasu wolnego oraz udziału w kulturze, w celu wzmacniania rodzinnych więzi,
- h) Wsparcie transportowe dla osób wykluczonych komunikacyjnie,
- i) Działania mające na celu utrzymanie pracy lub zatrudnienie lepszej jakości, dające poczucie stabilności i trwałości.

5. ZIDENTYFIKOWANE DZIAŁANIA I PROJEKTY LPDI dla GMINY KAZIMIERZA WIELKA

Zidentyfikowane w procesie społeczno-ekspertycznym działania i projekty, które będą realizowane w okresie implementacji *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*, dla poszczególnych obszarów interwencji zostały zaprezentowane w tabelach 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 oraz 5.6.

5.1. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru *Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnościami*

Tabela 5.1

**Zidentyfikowane działania i projekty w obszarze
*Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnościami***

Nazwa działania / projektu	Wartość wskaźnika	Źródło danych	Realizator
Poradnictwo specjalistyczne dla rodzin z dziećmi	25 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO
Wsparcie dla osób zagrożonych przemocą domową	10 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO
Warsztaty dla rodziców z zakresu umiejętności wychowawczych	25 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO
Zapewnienie opieki i wychowania dzieciom pozbawionym częściowo lub całkowicie opieki rodziców poprzez Intensyfikację i wzmocnienie działań na rzecz rodzinnych form pieczy zastępczej	10 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Promowanie tworzenia grup samopomocowych rodzin	3 grupy	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO
Zainicjowanie funkcjonowania rodziny/rodzin wspierających	10 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO
Wyrównywanie szans edukacyjnych dzieci z niepełnosprawnościami	20 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO
Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą w tym testowanie pilotażowych programów usamodzielniania młodzieży z pieczy zastępczej	25 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i>	MGOPS / CUS / NGO / Partnerstwo
Program zajęć dodatkowych dla młodzieży: strzelnica, obsługa broni, survival, przezwyciężenie strachu, obrona cywilna, zajęcia patriotyczne	30 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i>	MGOPS / CUS / NGO
Program zajęć dodatkowych dla młodzieży: pierwsza pomoc i obrona cywilna	30 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i>	MGOPS / CUS / NGO
Organizacja imprez plenerowych - spotkań, dla bikerów, turniejów	3 imprezy	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS / NGO
Interwencja kryzysowa dla rodzin w kryzysie m.in. grupy wsparcia dla rodzin, rozwój współpracy multiprofesoranej na rzecz wsparcia rodziny, m.in. pakietów wsparcia rodziny dysfunkcyjnej	20 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	MGOPS / CUS / NGO
Wspieranie rozwoju usług profilaktycznych wspierających rodzinę, m.in. profilaktyczne pakiety wsparcia rodziny w zakresie kształtowania postaw antydyskryminacyjnych	30 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	MGOPS / CUS / NGO
Rozwój poradnictwa rodzinnego, m.in. poradnictwo psychologiczne i pomoc psychiatryczna	20 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS
Opieki wychowawczej w formie pobytu dziennego i pobytu całonocnego dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich rodzin	20 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	MGOPS / CUS / NGO

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertskich

5.2. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru *Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego*

Tabela 5.2

**Zidentyfikowane działania i projekty w obszarze
*Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego***

Nazwa działania / projektu	Wartość wskaźnika	Źródło danych	Realizator
Realizacja i rozwój usług asystenckich - Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością (w tym w kryzysie zdrowia psychicznego)	5 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Opieka wytchnieniowa w formie pobytu dziennego i pobytu całodobowego dla osób z niepełnosprawnościami (w tym w kryzysie zdrowia psychicznego)	5 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Program promocyjno-informacyjny z zakresu równości szans, mobilności i elastyczności zawodowej, postaw aktywnych oraz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób w kryzysie zdrowia psychicznego	1 program	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach FERS	UMiG
Współpraca z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Kielcach przy realizacji projektu Koordynacja Usług Społecznych w Województwie Świętokrzyskim	1 program	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach FERS	ROPS
Grupa samopomocowa dla opiekunów osób w kryzysie zdrowia psychicznego	1 grupa	Karty zgłoszenia uczestnika	UMiG

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertkich

5.3. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru *Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni*

Tabela 5.3

***Zidentyfikowane działania i projekty w obszarze
Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni***

Nazwa działania / projektu	Wartość wskaźnika	Źródło danych	Realizator
Realizacja i rozwój usług asystenckich - Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej	15 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Opieka wytchnieniowa w formie pobytu dziennego i pobytu całodobowego dla osób z niepełnosprawnościami	30 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Współpraca z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Kielcach przy realizacji projektu Koordynacja Usług Społecznych w Województwie Świętokrzyskim	1 program	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach FERS	ROPS
Grupa samopomocowa dla opiekunów dzieci i osób z niepełnosprawnością	30 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Długoterminowa domowa opieka medyczna nad seniorami i osobami z niepełnosprawnością potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym pielęgniar-ską opiekę długoterminową	30 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Rozwój usług świadczonych w mieszkaniach treningowych lub mieszkaniach wspomaganych	5 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Wsparcie psychologiczne lub szkolenia dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	30 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Zapewnienie dodatkowych usług opiekuńczych, m.in.: teleopieka, wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego, dowożenie posiłków, drobne usługi remontowe i naprawcze, porządkowe, higieniczne, świadczone w miejscu zamieszkania seniorów i osób z niepełnosprawnością, zapobiegające umieszczaniu osób w placówkach całodobowych	50 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Projekt SENIOR WOLUNTARIUSZ	1 projekt	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Zajęcia z pierwszej pomocy dla seniorów i osób z niepełnosprawnością - tworzenie KOPERTY ŻYCIA	1 projekt	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertkich

5.4. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru *Osoby w kryzysie bezdomności*

Tabela 5.4

***Zidentyfikowane działania i projekty w obszarze
Osoby w kryzysie bezdomności***

Nazwa działania / projektu	Wartość wskaźnika	Źródło danych	Realizator
Program wspierający osoby zagrożone bezdomnością zapewniające dostęp do mieszkań wspomaganych	3 osoby	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i>	UMiG / MGOPS / CUS
Usługi socjalne i psychologiczne dla mieszkańców mieszkań wspomagających	3 osoby	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i>	UMiG / MGOPS / CUS
Usługi <i>door-to-door</i> m.in. taksówka dla osób z kryzysami bezdomności do placówek pomocy społecznej	1 program	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i>	UMiG / MGOPS / CUS

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Utworzenie hostelu interwencyjnego dla osób bezdomnych	1 obiekt / 3 osoby	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Program reintegracji społeczno-zawodowej dla osób opuszczających placówki opiekuńcze	1 program	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertskich

5.5. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru *Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym*

Tabela 5.5

***Zidentyfikowane działania i projekty w obszarze
Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym***

Nazwa działania / projektu	Wartość wskaźnika	Źródło danych	Realizator
Organizacja szkoleń i kursów zawodowych dostosowanych do potrzeb lokalnego rynku pracy	15 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	UMiG
Organizacja staży i praktyk zawodowych we współpracy z lokalnymi przedsiębiorcami	15 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	UMiG / PUP
Organizacja KW-HUB – postindustrialnej lokalizacji, która będzie stanowiła miejsce spotkań, centrum biznesu młodych z biurem wirtualnym i możliwością zarejestrowania firmy (w ramach promowania zakładania działalności gospodarczej) oraz siłownią całodobową	1 obiekt	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	UMiG / PUP
Program poradnictwa psychologicznego i prawnego oraz wsparcia rozwojowego dla osób reintegrujących się społecznie i zawodowo	1 program	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertskich

5.6. Zidentyfikowane działania i projekty dla obszaru *Wdrożenie realizacji usług w społeczności lokalnej*

Tabela 5.6

**Zidentyfikowane działania i projekty w obszarze
*Wdrożenie realizacji usług w społeczności lokalnej***

Nazwa działania / projektu	Wartość wskaźnika	Źródło danych	Realizator
Koordinacja usług społecznych i tworzenie lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych gmin i Powiatu Kazimierskiego	1 projekt	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach FERS	ROPS
Rozwój usług opiekuńczych - program przejścia pracowników opieki instytucjonalnej do świadczenia usług w społeczności lokalnej	10 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	MGOPS / CUS
Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – deinstytucjonalizacja i rozwój usług dla osób przebywających w opiece instytucjonalnej	1 centrum	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach działania 09.04.FESW	UMiG
Program wsparcia w zakresie przygotowania i wdrażania procesu deinstytucjonalizacji usług dla pracowników i kadry podmiotów działających na rzecz włączenia społecznego	7 osób	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach FERS	ROPS
Program podnoszenia kompetencji w zakresie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych w obszarze pieczy zastępczej dla pracowników i kadry podmiotów działających na rzecz włączenia społecznego	7 osób	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach FERS	ROPS
Wzmocnienie kompetencji kadr opieki społecznej połączony z rozwojem współpracy partnerskich zespołów kooperacji na rzecz wsparcia rodziny	1 program	Sprawozdanie z realizacji <i>projektu</i> , sprawozdania z dotacji dla NGO	UMiG / MGOPS / CUS / NGO

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Projekt koordynacji polityki społecznej w województwie świętokrzyskim na rzecz pracowników sfery społecznej w Gminie Kazimierza Wielka w tym: wyjazdy studyjne, studia podyplomowe, wyjazdy integracyjne, pomoc doradcza	10 osób	Sprawozdanie z realizacji projektów w ramach FERS	ROPS
Podnoszenie kwalifikacji pracowników sfery społecznej w Gminie Kazimierza Wielka – szkolenia m.in. w zakresie zarządzania projektami, pozyskiwania finansowania zewnętrznego przedsięwzięć w zakresie pomocy społecznej	10 osób	Sprawozdanie z realizacji <i>Planu Deinstytucjonalizacji</i>	UMiG

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-eksperckich

6. ZASADY WDRAŻANIA, MONITOROWANIA I AKTUALIZACJI LPDI dla GMINY KAZIMIERZA WIELKA

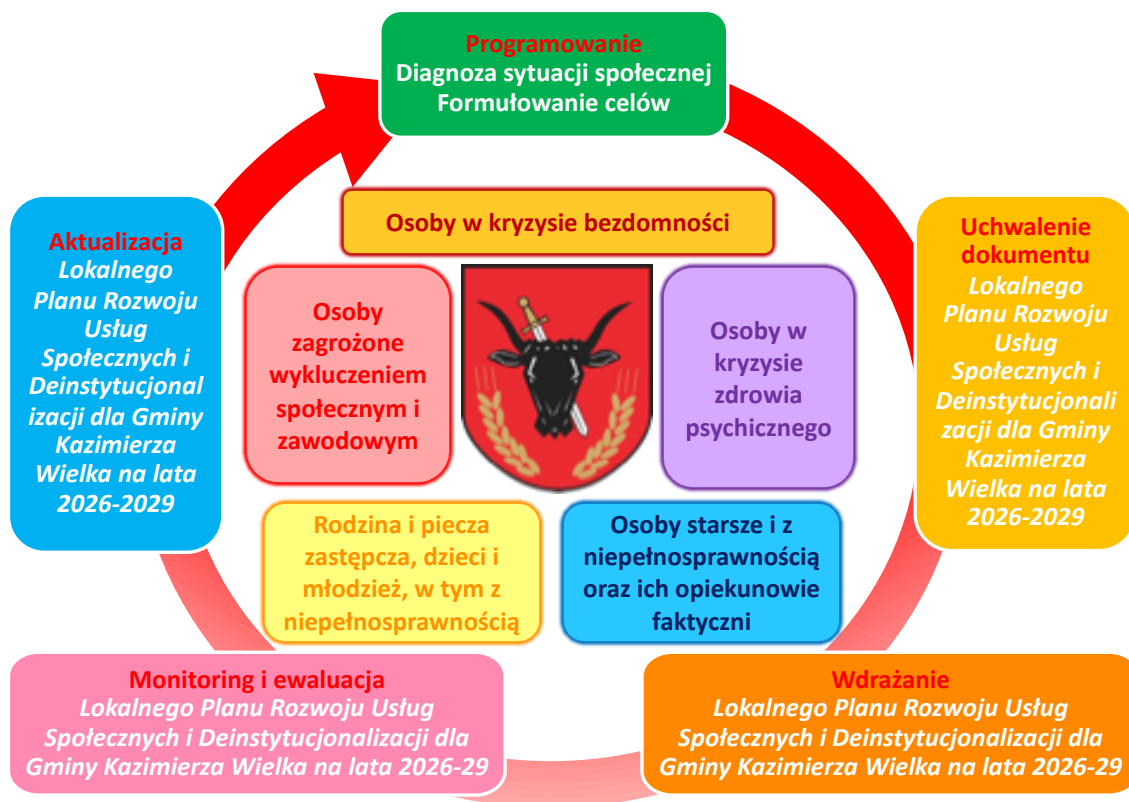
Proces programowania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* obejmować cztery kluczowe etapy:

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

Schemat procesu wdrażania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* prezentuje rysunek 6.1

Rysunek 6.1

Proces wdrażania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*



Źródło: Opracowanie własne

6.1. Instrumentarium procesu wdrażania

Proces wdrażania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* będzie oparty na zasadach: jawności życia publicznego, personalnej odpowiedzialności za wykonywanie zadań oraz wieloletniego planowania. *LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka* będzie wdrażany przez wyznaczone do tego podmioty przy wykorzystywaniu różnych narzędzi.

Projekty i zadania realizacyjne

Projekty i zadania realizacyjne są narzędziem służącym do osiągnięcia celów dla poszczególnych obszarów interwencji *LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka*. Projekty i zadania są opracowywane na podstawie przeprowadzonego procesu opracowania *Planu*, w szczególności przeprowadzonej diagnozy i mają się przyczyniać do rozwoju usług społecznych świadczonych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności.

Projekty i zadania są realizowane przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – oraz wyznaczone przez Burmistrza Miasta i Gminy Kazimierza Wielka stosowne wydziały merytoryczne Urzędu Miasta i Gminy i inne jednostki samorządu gminnego oraz podmioty trzeciego sektora i podmioty prywatne. Skuteczne osiągnięcie celów *LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka* będzie opierało się również na dobrowolnej, partnerskiej współpracy z jednostkami samorządu powiatowego Powiatu Kazimierskiego oraz samorządu Województwa Świętokrzyskiego – w szczególności z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Kielcach, a także Świętokrzyskim Urzędem Wojewódzkim w Kielcach.

Projekty i zadania mogą być realizowane zarówno w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego i publiczno-społecznego, jak i w ramach zadań zleconych przez samorząd gminny w trybie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Ponadto podmioty administracji publicznej, zarówno jednostki podległe Burmistrzowi Gminy Kazimierza Wielka, jak i podmioty samorządu powiatu i województwa, administracji wojewódzkiej czy centralnej, mogą realizować projekty w ramach partnerstwa publiczno-publicznego.

Sprawozdanie z realizacji *LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka*

Sprawozdanie z realizacji Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029 przygotowuje Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum

Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – przy współpracy z wydziałami merytorycznymi Urzędu Miasta i Gminy i innymi jednostkami samorządu gminnego i zakładami budżetowymi w zakresie realizowanych i wdrażanych przez te podmioty projektów i zadań.

Sprawozdanie z realizacji Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029 Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej przedkłada Burmistrzowi Miasta i Gminy Kazimierza Wielka w terminie do 30 maja 2030 roku. Sprawozdanie opisuje przebieg realizacji *LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka* wraz ze wskazaniem zadań zrealizowanych, zrealizowanych częściowo i nie rozpoczętych oraz identyfikacją przyczyn problemów i prezentacją propozycji ich przezwyciężenia. Istotnym elementem *Sprawozdania* jest ocena osiągnięcia poszczególnych celów – w kontekście zrealizowanych i zaplanowanych do realizacji zadań i projektów.

6.2 Podmioty zarządzające realizacją Planu Deinstytucjonalizacji

W zarządzaniu realizacją *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* uczestniczą głównie niżej wymienione podmioty.

Rada Miejska w Kazimierzy Wielkiej

Rada Miejska w Kazimierzy Wielkiej podejmuje uchwały w sprawach przyjęcia, aktualizacji i zmian *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*.

Komisje Rady monitorują i kontrolują realizację *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*, zwłaszcza poszczególnych zadań i projektów oraz inicjowanie i opiniowanie zmian w jego zapisach.

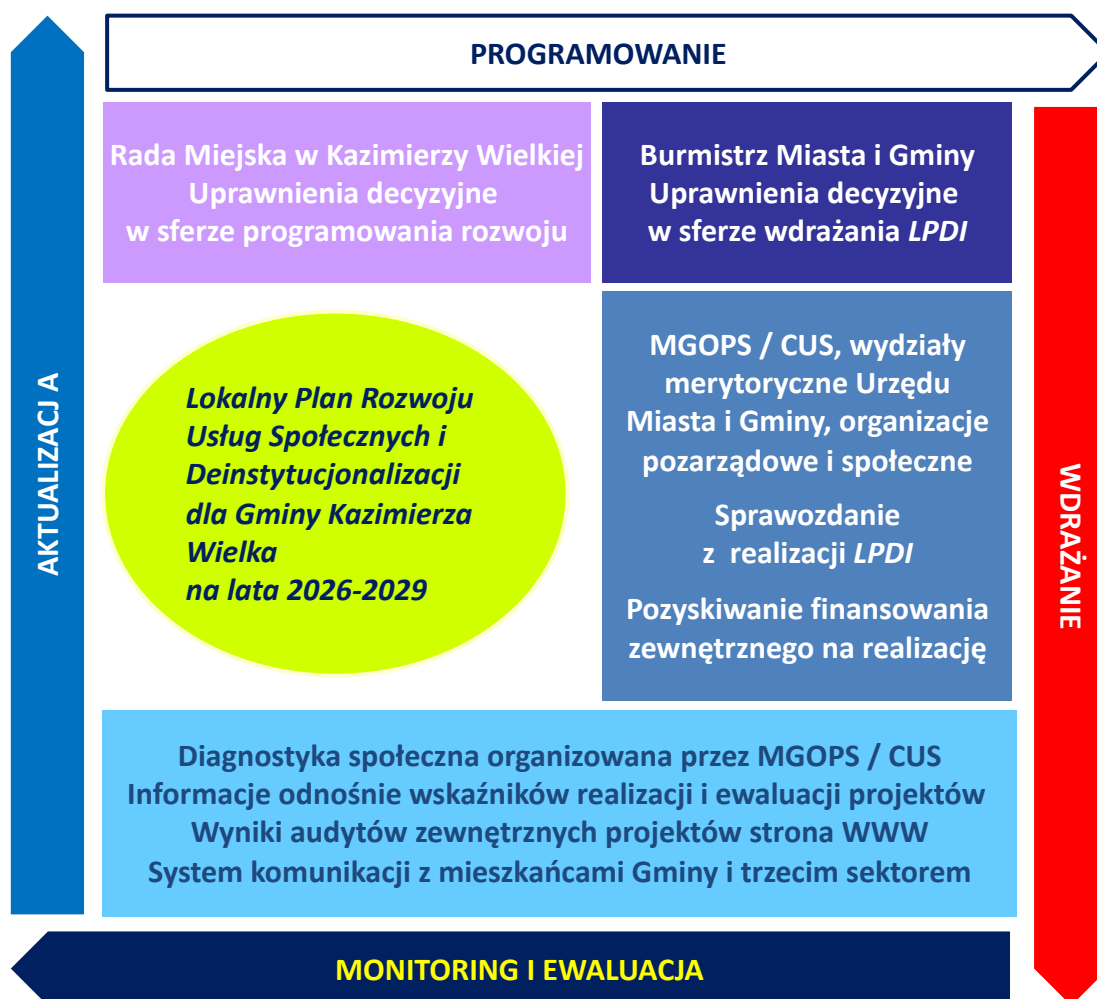
Burmistrz Miasta i Gminy Kazimierza Wielka

Burmistrz Miasta i Gminy Kazimierza Wielka jest odpowiedzialny za wykonywanie uchwał Rady Miasta w Kazimierzy Wielkiej w sprawie przyjęcia, aktualizacji i zmian *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* oraz nadzór nad jego wdrażaniem. W tym celu Burmistrz Miasta i Gminy Kazimierza Wielka wskazuje podmioty realizujące poszczególne projekty i

działania przyczyniające się do osiągnięcia celów LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka, do których poza Miejsko-Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – należeć będą wyznaczone przez Burmistrza stosowne wydziały merytoryczne Urzędu Miasta i Gminy jednostki podległe oraz inne organizacje i instytucje, które będą bezpośrednio nadzorować wdrażanie projektów i zadań.

Rysunek 6.2

Podmioty zarządzające wdrażaniem Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029



Źródło: Opracowanie własne

**Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej – w przyszłości
Centrum Usług Społecznych – w Kazimierzy Wielkiej**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – jest podmiotem kluczowym

w procesie programowania i opracowywania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*, zbiera informacje i dane statystyczne oraz nadzoruje i przeprowadza spotkania diagnostyczne, umożliwia koordynację realizacji działań w zakresie deinstytucjonalizacji pomiędzy samorządem gminnym a samorządem powiatowym Powiatu Kazimierskiego.

W obszarze polityki społecznej Gminy Kazimierza Wielka realizuje przy pomocy Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – zarówno zadania własne, jak i zadania zlecone z zakresu administracji rządowej należące do kompetencji Gminy Kazimierza Wielka z zakresu: pomocy społecznej, działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie. MGOPS / CUS prowadzi swoją działalność instytucjonalną obejmującą gros celów *LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka*.

6.3. System monitorowania, ewaluacji i aktualizacji

Monitorowanie

Prowadzony będzie monitoring wskaźnikowy i społeczny. Monitoring wskaźnikowy będzie prowadzony w oparciu o oczekiwane wskaźniki osiągnięć przez poszczególne podmioty wdrażające projekty i zadania realizacyjne, zaś monitoring społeczny będzie na podstawie wyników badania opinii, w szczególności poprzez konsultacje społeczne. Poziom osiągnięcia każdego z celów w zakresie deinstytucjonalizacji usług będzie zmierzony w ostatnim roku realizacji *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* tj. 2029 roku, a poszczególnych projektów i zadań realizacyjnych – na koniec każdego roku kalendarzowego.

Istotny element systemu monitorowania stanowi *Sprawozdanie z realizacji Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* wraz ze wskazaniem zadań zrealizowanych, zrealizowanych częściowo i nie rozpoczętych oraz identyfikacją przyczyn problemów i prezentacją propozycji ich przezwyciężenia. Istotnym elementem będzie ocena osiągnięcia poszczególnych celów w zakresie deinstytucjonalizacji usług.

Ewaluacja

Ewaluacją objęte będą postępy w realizacji *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* na poziomie celów w zakresie świadczenia usług w rodzinie i środowisku lokalnym.

Ewaluacja działań i projektów – w terminie do 31 grudnia 2029 Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – zbiera i zestawia materiał sprawozdawczy na podstawie pomiarów wskaźników osiągniętych, korzystając przy tym z informacji wydziałów merytorycznych Urzędu Miasta i Gminy i innych jednostek podległych i zakładów budżetowych w zakresie realizowanych celów i wdrażanych przez te podmioty działań i projektów. Ponadto wykorzystane mogą być informacje z powszechnie dostępnych źródeł, ocen eksperckich, wyników monitoringu społecznego i konsultacji społecznych. Wyniki ewaluacji działań i projektów zawierane są w *Sprawozdanie z realizacji Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* i przekazywane Burmistrzowi Miasta i Gminy Kazimierza Wielka do akceptacji.

Ewaluacja celów – w terminie do 31 maja 2030 Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej – a w przyszłości Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – zbiera i zestawia materiał sprawozdawczy na podstawie pomiarów wskaźników osiągniętych, korzystając przy tym z informacji przy pomocy wydziałów merytorycznych Urzędu Miasta i Gminy i innych jednostek podległych i zakładów budżetowych w zakresie realizowanych celów w zakresie deinstytucjonalizacji usług. Ponadto wykorzystane mogą być informacje z powszechnie dostępnych źródeł, Głównego Urzędu Statystycznego, ocen eksperckich, wyników monitoringu społecznego i konsultacji społecznych. Wyniki ewaluacji celów opracowuje zewnętrzny podmiot ekspercki na zlecenie Burmistrza Miasta i Gminy Kazimierza Wielka.

Wyniki zawierane są w *Sprawozdanie z realizacji Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* i przekazywane Burmistrzowi Miasta i Gminy Kazimierza Wielka do akceptacji.

Aktualizacja

Wynikające z monitorowania i oceny wdrażania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*, zmiany w zapisach dokumentu mogą być dokonywane na bieżąco przez Burmistrza Miasta i Gminy w zadaniach i projektach realizacyjnych. Ewentualne zmiany dotyczące celów w zakresie deinstytucjonalizacji usług mogą być wprowadzone przez Radę Miejską w Kazimierzy Wielkiej po każdorazowej ich okresowej ocenie. Systematyczna aktualizacja *LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka*, jest ukierunkowana na uwzględnienie w niej pojawiających się nowych zadań i wykorzystanie nowych możliwości.

7. PLAN FINANSOWANIA LPDI dla GMINY KAZIMIERZA WIELKA

7.1 Finansowanie realizacji LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka

Samorząd Gminy Kazimierza Wielka dysponuje w różnym stopniu środkami do bezpośredniego finansowania realizacji projektów i zadań niezbędnych do osiągnięcia celów. Jednak poprzez kształtowanie przestrzeni, stymulowanie rozwoju zasobów ludzkich i zapewnienie bezpieczeństwa w sferze społecznej tworzy warunki do rozwoju gospodarczego, przyciągania inwestorów i pobudzania przedsiębiorczości mieszkańców. Utrzymanie wysokiego tempa rozwoju przy ograniczonych wolnych środkach budżetowych wymaga stosowania montażu finansowego opartego na partnerstwie publiczno-społecznym i publiczno-publicznym, wspieranego pozyskaniem środków bezzwrotnych z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Było to jedną z podstawowych przyczyn zharmonizowania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* z dokumentem *Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2023-2025*.

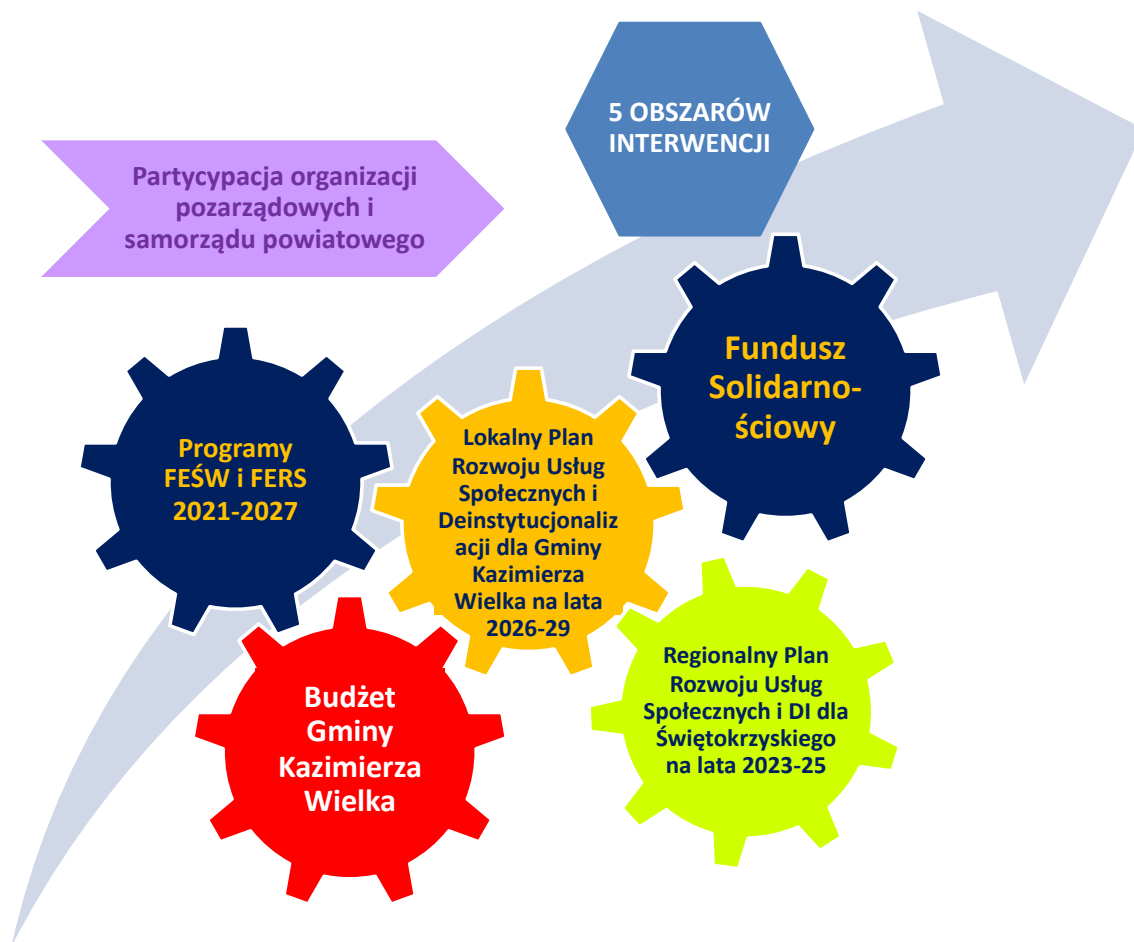
Finansowanie realizacji *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029* tylko w części zależy od budżetu Gminy. Schemat realizacji i finansowania zadań przedstawiono na rysunku 7.1.

Partnerstwo publiczno-prywatne jest formą finansowania realizacji projektów w sferze społecznej przez długoterminowe zaangażowanie organizacji trzeciego sektora – stowarzyszeń, fundacji, a także spółdzielni socjalnych. Wobec ustawowego ograniczenia zadłużenia jednostki samorządowej do poziomu 15 i 60% jej dochodów budżetowych oraz obecnego poziomu zobowiązań montaż finansowy z wykorzystaniem organizacji trzeciego sektora w połączeniu ze środkami bezzwrotnymi pozyskanymi z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej stanie się ważnym narzędziem rozwiązywania problemów społecznych.

Partnerstwo publiczno-publiczne jest formą finansowania zadań przez koncentrację środków publicznych – powiatowych, gminnych, województwa samorządowego i administracji centralnej. W latach 2026-2029 oraz w kolejnych okresach programowania może stać się jednym z istotnych źródeł środków na finansowanie zadań służących rozwiązywaniu problemów społecznych w Gminie Kazimierza Wielka.

Rysunek 7.1

**Schemat finansowania realizacji Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych
i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**



Źródło: Opracowanie własne

7.2. Plan finansowania usług w ramach LPDI dla Gminy Kazimierza Wielka

Zidentyfikowane w procesie społeczno-ekspertycznym źródła finansowania usług, które będą realizowane w ramach wdrażania *Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029*, dla poszczególnych obszarów interwencji zostały zaprezentowane w tabelach 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5 oraz 7.6.

7.2.1. Plan finansowania usług w obszarze Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnością

Tabela 7.1

**Plan finansowania usług w obszarze
Rodzina i piecza zastępcza, dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnością**

Nazwa działania / projektu	Wartość wskaźnika	Źródło danych	Realizator
Poradnictwo specjalistyczne dla rodzin z dziećmi	107 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.05 <i>Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	MGOPS / CUS / NGO
Wsparcie dla osób zagrożonych przemocą domową	107 000		MGOPS / CUS / NGO
Warsztaty dla rodziców z zakresu umiejętności wychowawczych	70 000		MGOPS / CUS / NGO
Zapewnienie opieki i wychowania dzieciom pozbawionym częściowo lub całkowicie opieki rodziców poprzez Intensyfikację i wzmocnienie działań na rzecz rodzinnych form pieczy zastępczej	70 000		MGOPS / CUS / NGO
Promowanie tworzenia grup samopomocowych rodzin	50 000		MGOPS / CUS / NGO
Zainicjowanie funkcjonowania rodziny/rodzin wspierających	200 000		MGOPS / CUS / NGO
Wyrównywanie szans edukacyjnych dzieci z niepełnosprawnościami	150 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.04 <i>Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	MGOPS / CUS / NGO
Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą w tym testowanie pilotażowych programów usamodzielniania młodzieży z pieczy zastępczej	350 000	Dotacje w ramach Działania FERS 05.01 <i>Innowacje społeczne</i> w naborach ogłaszanych przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej	MGOPS / CUS / NGO / Partnerstwo

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Program zajęć dodatkowych dla młodzieży: strzelnica, obsługa broni, survival, przezwyciężenie strachu, obrona cywilna, zajęcia patriotyczne	70 000	Dotacje w ramach programów celowych Ministerstwa Sportu i Ministerstwa Edukacji Narodowej	MGOPS / CUS / NGO
Program zajęć dodatkowych dla młodzieży: pierwsza pomoc i obrona cywilna	50 000		MGOPS / CUS / NGO
Organizacja imprez plenerowych - spotkań, dla bikerów, turniejów	70 000		MGOPS / CUS / NGO
Interwencja kryzysowa dla rodzin w kryzysie, rozwój współpracy multiprofesjonalnej na rzecz wsparcia rodziny	210 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.05 <i>Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWS	MGOPS / CUS / NGO
Wspieranie rozwoju usług profilaktycznych wspierających rodzinę, m.in. profilaktyczne pakiety wsparcia rodziny w zakresie kształtowania postaw antydyskryminacyjnych	70 000		MGOPS / CUS / NGO
Rozwój poradnictwa rodzinnego, m.in. poradnictwo psychologiczne i pomoc psychiatryczna	150 000		MGOPS / CUS
Opieki wytchnieniowa w formie pobytu dziennego i pobytu całodobowego dla dzieci z niepełnosprawnością i ich rodzin	250 000	Dotacje w ramach Funduszu Solidarności w programie Opieka Wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego i dla Organizacji Pozarządowych	MGOPS / CUS / NGO

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertskich

7.2.2. Plan finansowania usług w obszarze Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego

Tabela 7.2

**Plan finansowania usług w obszarze
Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego**

Rodzaj kosztu	Planowana wartość finansowania	Źródło finansowania	Realizator
Realizacja i rozwój usług asystenckich - Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej (w tym osób w kryzysie zdrowia psychicznego)	210 000	Program MRPiPS <i>Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2025</i> finansowany ze środków państwowego funduszu celowego - <i>Fundusz Solidarnościowy</i>	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Opieka wytchnieniowa w formie pobytu dziennego i pobytu całodobowego dla osób z niepełnosprawnościami (w tym osób w kryzysie zdrowia psychicznego)	260 000	Program MRPiPS <i>Opieka Wytchnieniowa – edycja 2025</i> finansowany ze środków państwowego funduszu celowego - <i>Fundusz Solidarnościowy</i>	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Program promocyjno-informacyjny z zakresu równości szans, mobilności i elastyczności zawodowej, postaw aktywnych oraz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób w kryzysie zdrowia psychicznego	70 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.04 <i>Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG
Współpraca z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Kielcach przy realizacji projektu koordynacyjnego	Nd	Wsparcie w ramach projektu koordynacyjnego FERS realizowanego przez ROPS w Kielcach	ROPS
Grupa samopomocowa dla opiekunów osób w kryzysie zdrowia psychicznego	50 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.04 <i>Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertckich

7.2.3. Plan finansowania usług w obszarze Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni

Tabela 7.3

**Plan finansowania usług w obszarze
Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni**

Rodzaj kosztu	Planowana wartość finansowania	Źródło finansowania	Realizator
Realizacja i rozwój usług asystenckich - Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej	800 000	Program MRPiPS <i>Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2026</i> finansowany ze środków państwowego funduszu celowego - <i>Fundusz Solidarnościowy</i>	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Opieka wytchnieniowa w formie pobytu dziennego i pobytu całodobowego dla osób z niepełnosprawnościami	250 000	Program MRPiPS <i>Opieka Wytchnieniowa – edycja 2026</i> finansowany ze środków państwowego funduszu celowego - <i>Fundusz Solidarnościowy</i>	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Współpraca z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Kielcach przy realizacji projektu Koordynacja Usług Społecznych w Województwie Świętokrzyskim	Nd	Wsparcie w ramach projektu koordynacyjnego FERS realizowanego przez ROPS w Kielcach	ROPS
Grupa samopomocowa dla opiekunów dzieci i osób z niepełnosprawnością	100 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.04 <i>Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Długoterminowa domowa opieka medyczna nad seniorami i osobami z niepełnosprawnością potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym pielęgniarstwa opiekę długoterminową	200 000		UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Rozwój usług świadczonych w mieszkaniach treningowych lub mieszkaniach wspomaganych	200 000		UMiG / MGOPS / CUS / NGO

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Wsparcie psychologiczne lub szkolenia dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	200 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.04 <i>Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Zapewnienie dodatkowych usług opiekuńczych, m.in.: teleopieka, wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego, dowożenie posiłków, drobne usługi remontowe i naprawcze, porządkowe, higieniczne, świadczone w miejscu zamieszkania seniorów i osób z niepełnosprawnością, zapobiegające umieszczaniu osób w placówkach całodobowych	250 000		UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Projekt SENIOR WOLUNTARIUSZ	100 000		UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Zajęcia z pierwszej pomocy dla seniorów i osób z niepełnosprawnością - tworzenie KOPERTY ŻYCIA	21 000		UMiG / MGOPS / CUS / NGO

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertckich

7.2.4. Plan finansowania usług w obszarze Osoby w kryzysie bezdomności

Tabela 7.4

**Plan finansowania usług w obszarze
Osoby w kryzysie bezdomności**

Rodzaj kosztu	Planowana wartość finansowania	Źródło finansowania	Realizator
Programu wspierający osoby zagrożone bezdomnością zapewniające dostęp do mieszkań wspomaganych	160 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.05 <i>Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG / MGOPS / CUS

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Usługi socjalne i psychologiczne dla mieszkańców mieszkań wspomagających	30 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.04 <i>Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG / MGOPS / CUS
Usługi <i>door-to-door</i> m.in. tak-sówka dla osób z kryzysami bezdomności do placówek pomocy społecznej	12 000		UMiG / MGOPS / CUS
Utworzenie hostelu interwencyjnego dla osób bezdomnych	200 000	Dotacje w ramach Działania FERS 05.01 <i>Innowacje społeczne (innowacyjne działania społeczne)</i> w naborach ogłaszanych przez Min.Funduszy i Polityki Regionalnej	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Program reintegracji społeczno-zawodowej dla osób opuszczających placówki opiekuńcze	200 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.01 <i>Aktywna integracja społeczna i zawodowa</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG / MGOPS / CUS / NGO

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertkich

7.2.5. Plan finansowania usług w obszarze *Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym*

Tabela 7.5

**Plan finansowania usług w obszarze
*Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i zawodowym***

Rodzaj kosztu	Planowana wartość finansowania	Źródło finansowania	Realizator
Organizacja szkoleń i kursów zawodowych dostosowanych do potrzeb lokalnego rynku pracy	120 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.01 <i>Aktywna integracja społeczna i zawodowa</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG
Organizacja staży i praktyk zawodowych we współpracy z lokalnymi przedsiębiorcami	120 000		UMiG / PUP
Program poradnictwa psychologicznego i prawnego oraz wsparcia rozwojowego dla osób reintegrujących się społecznie i zawodowo	100 000		UMiG / MGOPS / CUS / NGO

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Organizacja KW-HUB – postindustrialnej lokalizacji, która będzie stanowiła miejsce spotkań, centrum biznesu młodych z biu-rem wirtualnym i możliwością zarejestrowania firmy (w ramach promowanie zakładanie działalności gospodarczej) oraz siłownią całodobową	500 000	Dotacje w ramach Działania FERS 05.01 <i>Innowacje społeczne (innowacyjne działania społeczne)</i> w naborach ogłaszanych przez Min.Funduszy i Polityki Regionalnej	UMiG / PUP
--	---------	---	------------

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-eksperckich

7.2.6. Plan finansowania usług w obszarze Wdrożenie realizacji usług w społeczności lokalnej

Tabela 7.6

**Plan finansowania usług w obszarze
Wdrożenie realizacji usług w społeczności lokalnej**

Rodzaj kosztu	Planowana wartość finansowania	Źródło finansowania	Realizator
Koordinacja usług społecznych i tworzenie lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych gmin i Powiatu Kazimierskiego	Nd	Wsparcie merytoryczne w ramach projektu koordynacyjnego FERS realizowanego przez ROPS Kielce	ROPS
Rozwój usług opiekuńczych - program przejścia pracowników opieki instytucjonalnej do świadczenie usług w społeczności lokalnej	100 000	Dotacje, granty pilotażowe i innowacyjne oraz wsparcie merytoryczne w ramach FESW realizowanego przez GOPS	MGOPS / CUS
Centrum Usług Społecznych w Kazimierzy Wielkiej – deinstytucjonalizacja i rozwój usług dla osób przebywających w opiece instytucjonalnej	5 000 000	Dotacje w ramach Działania 09.04 <i>Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych</i> w naborze FESW.09.04-IZ.00-002/25	UMiG
Program wsparcia w zakresie przygotowania i wdrażania procesu deinstytucjonalizacji usług dla pracowników i kadry podmiotów działających na rzecz włączenia społecznego	Nd	Wsparcie merytoryczne w ramach projektu koordynacyjnego FERS realizowanego przez ROPS Kielce	ROPS

**Lokalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji
dla Gminy Kazimierza Wielka na lata 2026-2029**

Program podnoszenia kompetencji w zakresie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych w obszarze pieczy zastępczej dla pracowników i kadry podmiotów działających na rzecz włączenia społecznego	Nd	Wsparcie merytoryczne w ramach projektu koordynacyjnego FERS realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Kielcach	ROPS
Wzmocnienie kompetencji kadr opieki społecznej połączony z rozwojem współpracy partnerskich zespołów kooperacji na rzecz wsparcia rodziny	100 000	Dotacje w ramach Działania FESW 09.05 <i>Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej</i> w naborach ogłaszanych przez Departament Wdrażania EFS UMWŚ	UMiG / MGOPS / CUS / NGO
Projekt koordynacji polityki społecznej w województwie świętokrzyskim na rzecz pracowników sfery społecznej w Gminie Kazimierza Wielka w tym: wyjazdy studyjne, studia podyplomowe, wyjazdy integracyjne, pomoc doradcza	Nd	Wsparcie merytoryczne w ramach projektu koordynacyjnego FERS realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Kielcach	ROPS
Podnoszenie kwalifikacji pracowników sfery społecznej w Gminie Kazimierza Wielka – szkolenia m.in. w zakresie zarządzania projektami, pozyskiwania finansowania zewnętrznego przedsięwzięć w zakresie pomocy społecznej	70 000	Dotacje, granty pilotażowe i innowacyjne oraz wsparcie merytoryczne w ramach FESW realizowanego przez UMiG	UMiG

Opracowanie na podstawie procesu konsultacji społeczno-ekspertkich