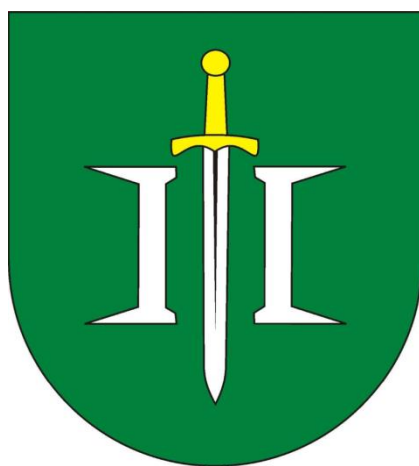


**Strategia Rozwiązywania Problemów
Społecznych w Gminie Medyka
na lata 2016-2026**



grudzień 2015

SPIS TREŚCI

WSTĘP3

1. UWARUNKOWANIA TWORZENIA STRATEGII, PODSTAWY PRAWNE4

1.1. PODSTAWY PRAWNE SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ ORAZ DOKUMENTY PROGRAMOWE

6

1.1.1. PODSTAWY PRAWNE

6

1.1.2. DOKUMENTY PROGRAMOWE

14

2. METODYKA PRACY NAD STRATEGIĄ25

3. DIAGNOZA WARUNKÓW ŻYCIA W GMINIE MEDYKA26

3.1. CHARAKTERYSTYKA GMINY MEDYKA

26

3.2. DIAGNOZA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH – CHARAKTERYSTYKA GRUP SPOŁECZNIE WRAŻLIWYCH

32

3.2.1. UBÓSTWO

32

3.2.2. BEZROBOCIE

33

3.2.3. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

44

3.2.4. PROBLEMY OPIEKUŃCZO – WYCHOWAWCZE

45

3.2.5. PRZEMOC W RODZINIE

47

3.2.6. UZALEŻNIENIA

48

3.2.7. SYTUACJA OSÓB STARSZYCH

49

3.2.8. BEZDOMNOŚĆ

50

3.3. IDENTYFIKACJA NAJISTOTNIEJSZYCH PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH W GMINIE

51

3.3.1. IDENTYFIKACJA OBSZARÓW PROBLEMOWYCH

51

3.3.2. STAN I MOŻLIWOŚCI POMOCY SPOŁECZNEJ

52

3.3.3. GENEROWANIE PROBLEMÓW

60

3.3.4. ANALIZA PROBLEMÓW

62

3.3.5. USTALENIE PRIORYTETÓW

67

3.3.6. ANALIZA SWOT

69

4. WIZJA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH77

4.1. ZAŁOŻENIA DO STRATEGII

77

4.2. MISJA

79

4.3. CELE STRATEGICZNE I CELE SZCZEGÓLOWE

80

4.4. OKREŚLENIE WSKAŹNIKÓW REALIZACJI CELÓW SZCZEGÓLOWYCH STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

83

4.5. USTALENIE PRIORYTETÓW

90

4.6. ZADANIA REALIZACYJNE STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

98

4.7. HARMONOGRAM NAJWAŻNIEJSZYCH ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ STRATEGII

99

5. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA103

6. SYSTEM WDROŻENIA, MONITORINGU I EWALUACJI104

WSTĘP

Problem społeczny to zjawisko niekorzystne dla danej społeczności, oceniane przez zbiorowość, której dotyczy, jako niepożądane, niebezpieczne i konieczne do wyeliminowania.

Problem społeczny to coś co przeszkadza większości członków danej społeczności, przeszkoda dla jej efektywnego funkcjonowania, rozdźwięk między uznanymi wzorami a aktualnym stanem rzeczy. Jest to zjawisko niepożądane, które wydaje się możliwe do przezwyciężenia przez zbiorowe działanie.

Do najpowszechniejszych, najbardziej znanych problemów społecznych zaliczmy m.in.: przemoc, narkomanię, alkoholizm, ubóstwo, długotrwałe bezrobocie, bezdomność, nierówności społeczne, marnotrawstwo pieniędzy publicznych, korupcję itp. To poważne zagrożenia, które dotyczą wszystkie społeczeństwa. Nad ich rozwiązaniem pracuje wiele organizacji, instytucji i osób.

Przygotowany dokument pt.: „*STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH W GMINIE MEDYKA NA LATA 2016-2026*” (dalej: Strategia), stanowi scenariusz interwencji samorządu terytorialnego Gminy Medyki, jego jednostek organizacyjnych oraz partnerów społecznych w obszarze pomocy społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu mieszkańców. Strategia to również usystematyzowana, długoterminowa i perspektywiczna koncepcja polityki społecznej, mająca na celu objęcie wsparciem osoby zagrożone lub dotknięte wykluczeniem społecznym oraz stworzenie optymalnych warunków dla funkcjonowania społeczności lokalnej. Głównym zadaniem strategii jest wyrównanie szans społecznych mieszkańców gminy dzięki efektywnej współpracy wszystkich partnerów działających w obszarze polityki społecznej.

1. UWARUNKOWANIA TWORZENIA STRATEGII, PODSTAWY PRAWNE

Strategia, jako uzgodniony z partnerami społecznymi scenariusz działań jest kontynuacją przedsięwzięć realizowanych we wcześniejszym okresie programowania 2009-2015, oraz wyznaczeniem nowych priorytetów na lata 2016-2026, wynikających m.in. z:

I. Dokumentów krajowych:

1. *Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020 – Nowy Wymiar Integracji*¹,
2. *Krajowego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej 2020*²,
3. *Rządowego Programu Aktywności Osób Starszych na lata 2014-2020*³,
4. *Programu Operacyjnego „Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020”, POWER 2014-2020*⁴,
5. *Wieloletniego Programu Wspierania Finansowego gmin w zakresie dożywiania „Pomoc państwa w zakresie dożywiania na lata 2014-2020”*⁵,
6. *Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.*

¹ Dokument dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki społecznej www.mpips.gov.pl – link „Pomoc społeczna” (19.07.2014)

² Dokument dostępny na stronie internetowej www.pozytek.gov.pl (19.07.2014)

³ Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu Aktywności Osób Starszych na lata 2014-2020, Dz. U. Monitor Polski z dn. 24 stycznia 2014 r., poz. 52

⁴ Dokument dostępny na stronie internetowej www.mrr.gov.pl (20.07.2014)

⁵ Uchwała Nr 221 Rady Ministrów z dnia 10 grudnia 2013 r., www.mpips.pl. – link Pomoc społeczna – Programy”

II. Dokumentów regionalnych:

1. *Strategia Rozwoju Województwa – Podkarpackie 2020*
2. *Strategia Rozwoju Gminy Medyka na lata 2016-2022 r.*

Opracowany dokument stanowi wypełnienie zobowiązań ustawowych art. 17. ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015, poz. 163 z późn. zm.). Ramy prawne działań planowanych na okres 2014-2020 zawarte są w zbiorze aktualnie obowiązujących przepisów wielu ustaw i rozporządzeń, wśród których decydujące znaczenie mają ustawy:

- 1) *Ustawa z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.),*
- 2) *Ustawa z dn. 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r. poz. 1118 z późn. zm.),*
- 3) *Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011 r. nr 43, poz. 225 z późn. zm.),*
- 4) *Ustawa z dn. 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz. U. z 2015 r. poz. 149 z późn. zm.),*
- 5) *Ustawa z dn. 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, z późn. zm.),*
- 6) *Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.),*
- 7) *Ustawa z dn. 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.),*
- 8) *Ustawa z dn. 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2015 r. poz. 875, z późn. zm.),*
- 9) *Ustawa z dn. 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 r., poz. 1390 z późn. zm.),*
- 10) *Ustawa z dn. 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 94, poz. 651, z późn. zm..).*

Należy zaznaczyć, że w przypadku dokonania zmian systemowych, potwierdzonych odpowiednimi nowelizacjami wyżej wspomnianych przepisów prawnych lub

wprowadzenia nowych aktów prawnych, realizacja poszczególnych priorytetów i celów Strategii, będzie stosownie korygowana. Przykładem są m.in.:

Dokonane zmiany w obszarze promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy polegające na wprowadzeniu od II połowy 2014 r. (*Dz. U. z 2015 r. poz. 645 z późn. zm.*), do katalogu narzędzi oddziaływania urzędów pracy na sytuację osób bezrobotnych: systemu profilowania, który będzie wymagał ściślejszej współpracy z ośrodkami pomocy społecznej szczególnie wobec grup osób bezrobotnych zakwalifikowanych do II-ego i III-ego profilu.

Zapowiadane zmiany w systemie pomocy społecznej, sformułowane w dokumencie z kwietnia 2013 r. Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pt.: Założenia do zmian ustawy o pomocy społecznej⁶, które będą ewentualnie wymagały przeorganizowania struktur organizacyjnych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Medyce oraz wprowadzenia nowego instrumentarium oddziaływania na osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej.

W okresie 2016 -2026 realizacja priorytetów i celów Strategii będzie odbywała się przy uwzględnieniu europejskich zasad subsydiarności oraz solidarności społecznej, a także w warunkach szeroko pojmowanego partnerstwa lokalnego instytucji wsparcia i pomocy oraz organizacji obywatelskich Gminy Medyka.

1.1. PODSTAWY PRAWNE SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ ORAZ DOKUMENTY PROGRAMOWE

1.1.1. PODSTAWY PRAWNE

KONTEKST EUROPEJSKI, KRAJOWY I REGIONALNY STRATEGII.

⁶ Projekt dokumentu MPiPS pt.: *Założenia do zmian ustawy o pomocy społecznej*, udostępniony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej od 6 września 2013 r.

Prawną podstawą do opracowania powyższej strategii jest odpowiedni zapis obowiązującej od 1 maja 2004 roku Ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku (*Dz. U. z 2015 poz. 163 z późn. zm.*), który stanowi, że do zadań własnych gminy o obowiązkowym charakterze należy: „*opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka*” (art. 17 tejże ustawy).

Prawna podstawa przyjętego w Polsce systemu pomocy społecznej

Zacytowana powyżej Ustawa o pomocy społecznej charakteryzuje:

- 1) zadania z zakresu pomocy społecznej;
- 2) rodzaje świadczeń, zasady oraz tryb ich udzielania z pomocy społecznej;
- 3) organizację działań pomocy społecznej;
- 4) zasady i tryb odnoszące się do postępowania kontrolnego w ramach pomocy społecznej.

Ustawa stanowi, iż pomoc społeczna jest instytucją dotyczącą polityki społecznej państwa, która ma na celu umożliwienie osobom i całym rodzinom przezwyciężanie wszelkich trudnych sytuacji życiowych, których nie potrafią one same pokonać, poprzez wykorzystanie własnych uprawnień, możliwości i zasobów (art. 2.1).

Pomoc społeczną zapewniają i organizują organy administracji rządowej oraz samorządowej, współpracując na zasadzie partnerstwa w tym zakresie kompetencji z pozostałymi organizacjami społecznymi, pozarządowymi, a także z Kościołem Katolickim i innymi kościołami, wszelkimi związkami wyznaniowymi oraz osobami prawnymi i fizycznymi.

Zadaniem pomocy społecznej jest wspieranie osób i rodzin w ich wysiłkach zmierzających do zaspokojenia podstawowych potrzeb oraz umożliwienie im życie w godziwych dla życia człowieka (art. 3.1).

Ustawa wyszczególnia również przypadki, w których udzielana jest pomoc społeczna. Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej, udzielana jest pomocy osobom i rodzinom w głównej mierze z powodu:

- Ubóstwa,
- Sieroctwa,
- Bezrobocia,

- Bezdomności,
- Niepełnosprawności,
- Potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- Długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- Przemocy w rodzinie,
- Potrzeby ochrony macierzyństwa albo wielodzietności,
- Bezradności w opiekuńczo-wychowawczych sprawach oraz w procesie prowadzenia gospodarstwa domowego, w głównej mierze w rodzinach niepełnych albo wielodzietnych,
- Trudności w integracji i asymilacji cudzoziemców, którzy uzyskali statut uchodźcy w Rzeczypospolitej Polskiej, a także ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na czasowy pobyt udzielone w związku z zaistniałą okolicznością, o której jest mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach,
- Trudności w powrocie i przystosowaniu do życia po zwolnieniu osoby z zakładu karnego,
- Alkoholizmu bądź narkomanii,
- Zdarzenia losowego bądź sytuacji kryzysowej,
- Klęski żywiołowej albo ekologicznej.

Różnorodność problemów społecznych, które istnieją w Gminie Medyka powoduje, że koniecznym jest wzięcie pod uwagę także innych aktów prawnych, których zadaniem jest regulacja systemu pomocy społecznej. Posiadają one istotny wpływ na całą konstrukcję dokumentu oraz rozwiązywanie wszelkich zadań społecznych w przyszłości. Zaliczają się do nich m.in.:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (*Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.*). Zawierająca podstawowe prawa, które oparte są na poszanowaniu wolności oraz sprawiedliwości. Stanowi ona źródło wolności, a także praw człowieka i obywatela.
- Ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych, a także niektórych innych ustaw (*Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.*). Zapewnia ona regulację nowego systemu poza ubezpieczeniowych świadczeń społecznych, które finansowane są w całości ze środków państwowego

budżetu, który stanowi element odrębny od systemu pomocy społecznej. W miejsce dotychczasowego szeregu różnych, wzajemnie niezależnych świadczeń, wyżej wymieniona Ustawa wprowadza tylko jeden zasiłek rodzinny wraz z innymi dodatkami, zastępując istniejące wcześniej zasiłki i świadczenia (np. zasiłek wychowawczy, jednorazowy zasiłek macierzyński z pomocy społecznej, świadczenie z funduszu alimentacyjnego czy gwarantowany zasiłek okresowy).

- Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 roku o zmianie ustawy o zatrudnieniu socjalnym i niektórych innych ustaw (*Dz. U. z 2011r. nr 43 poz. 225*).

Ustawa o zatrudnieniu socjalnym stwarzająca nową szansę na powrót do społeczeństwa osobom, które znalazły się na marginesie życia społecznego z różnych powodów. Odnosi się również do postulatów organizacji pozarządowych, które wymagają od państwa jego większego zaangażowania w aktywizację oraz edukację wszelkich środowisk dotkniętych długotrwałym bezrobociem. Projekt powyższej Ustawy kładzie ogromny nacisk na edukację i aktywizację marginalizowanych zawodowo bądź społecznie środowisk oraz na wspieranie zatrudnienia dla takich grup. Wyżej wymieniona regulacja skierowana jest w głównej mierze do osób nie posiadających własnych dochodów, a w szczególności do osób bezdomnych znajdujących się w procesie wychodzenia z bezdomności, uzależnionych od alkoholu bądź narkotyków aktualnie w procesie leczenia, osób chorych ze stwierdzoną chorobą psychiczną, ludzi długotrwale bezrobotnych, byłych więźniów i uchodźców. Osobom tym Ustawa oferuje zatrudnienie socjalne, odnoszące się do uczestnictwa w tzw. „inkubatorach społecznych” - Centrach Integracji Społecznej, bądź wspierane zatrudnienie socjalne u różnych przedsiębiorców, w Centrach Integracji Społecznej lub w ramach własnej działalności gospodarczej prowadzonej w formie spółdzielni.

Następną formą pomocy, jaką przewiduje Ustawa jest wsparcie zatrudnienia osób wykluczonych społecznie. Takie wsparcie polegać może na skierowaniu danej osoby poprzez powiatowy urząd pracy na stanowisko do konkretnego przedsiębiorcy. W takiej sytuacji pracodawca zobowiązany jest do zatrudnienia danej osoby przez okres obejmujący do 18 miesięcy, natomiast powiatowy urząd pracy zobligowany jest do refundowania przedsiębiorcy z odpowiednich

środków Funduszu Pracy części ustalonego wynagrodzenia przez pierwsze 12 miesięcy zatrudnienia te same osoby.

Powyższa Ustawa powołuje do istnienia Centra Integracji Społecznej, dzięki którym osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej (np. bezdomne lub uzależnione od używek) mogą liczyć na godziwe zatrudnienie socjalne. Osoby te uprawnione są do przebywania w tychże centrach od 1 do 1,5 roku i otrzymywania pieniędzy za wykonywaną pracę. W pierwszym miesiącu pracownicy otrzymują wynagrodzenie równe 40% zasiłku dla osób bezrobotnych, a w okresie do 1 roku wzrasta ono do 80% zasiłku.

- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (*Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.*). Ustawa podaje, że ochronę zdrowia psychicznego mają za zadanie zapewniać organy administracji rządowej i samorządowej, a także odpowiednie instytucje powołane do tego zadania. Ustawa gwarantuje, że w działaniach obejmujących ochronę zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć również stowarzyszenia i pozostałe organizacje społeczne, odpowiednie fundacje, grupy samopomocy pacjentów oraz ich rodzin, samorządy zawodowe, kościoły wraz z innymi związkami wyznaniowymi oraz inne osoby fizyczne bądź prawne.

W świetle powyższej Ustawy ochrona zdrowia psychicznego odnosi się do:

1. Promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania różnym zaburzeniom psychicznym,
 2. Zapewnianiu osobom ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, powszechnie dostępnej i fachowej opieki zdrowotnej, a także innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia pacjenta w środowisku rodzinnym i społecznym,
 3. Kształtowaniu właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, promowaniu zrozumienia, tolerancji, szerokiej życzliwości oraz czynnemu przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.
- Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (*Dz. U. z 2014 r. poz. 1118 z późn. zm.*),

Ustawa ta jest niezwykle ważnym aktem prawnym, który ma na celu wprowadzenie kompleksowych rozwiązań dotyczących podstawowych dziedzin działalności, które prowadzą organizacje pozarządowe w Polsce. Ustawa reguluje następujące obszary: prowadzenie działalności pożytku publicznego (działalność zarówno odpłatna jak

i nieodpłatna), uzyskiwanie przez organizacje pozarządowe odpowiedniego statusu organizacji pożytku publicznego i wszelkie konsekwencje z tym związane (warunki niezbędne do uzyskania statusu organizacji pożytku publicznego), kompleksowy nadzór nad prowadzeniem takiej działalności oraz wolontariat.

- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (*Dz. U. z 2015r., poz. 1286 z późn. zm.*).

Projekt Ustawy zakłada, iż większość kompetencji oraz środków finansowych zlokalizowana jest na poziomie samorządów gmin, które na mocy tejże Ustawy posiadają odpowiednie kompetencje do rozwiązywania problemów alkoholowych w społeczeństwie lokalnym. Ustawodawca w art. 4 [1] ust. 1 stanowi: „*prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracja społeczna osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań gminy*”.

- Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (*Dz. U. z 2015r., poz. 149 z późn. zm.*).

Określa zadania, jakie stają przed państwem w zakresie łagodzenia skutków jakie niesie za sobą bezrobocie, zatrudnienia oraz aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych oraz pozostałych osób poszukujących pracy.

- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (*Dz. U. z 2011r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.*).

Odnosi się do rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz trwałe zatrudnianie osób niepełnosprawnych zarówno na rynku pracy chronionym jak i otwartym oraz likwidację wszelkich barier architektonicznych w obiektach użyteczności publicznej.

- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (*Dz. U. z 2015 r., poz. 875 z późn. zm.*).

Reguluje istotną kwestię zwalczania nielegalnej produkcji, a także dystrybucji narkotyków oraz terapii psychiatrycznej dla osób sklasyfikowanych jako uzależnione od środków odurzających.

- Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (*Dz. U. z 2010 r. Nr 125, poz. 842, Dz. U. z 2015 r. poz. 1390.*).

Zobowiązuje gminę do utworzenia własnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, a także do prowadzenia profesjonalnego poradnictwa i interwencji w przypadku jej zaistnienia. Wymaga również opracowywania i realizacji programów ochrony wszelkich ofiar przemocy i prowadzenia gminnych ośrodków wsparcia dla rodzin, które dotknięte zostały przemocą.

- Ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz ustawy o świadczeniach rodzinnych (*Dz. U. z 2015 r. poz. 1302.*). Powyższa ustawa przytacza:

1. Zasady, w ramach których państwo udziela pomocy osobom uprawnionym do alimentów, w razie bezskuteczności egzekucji, skierowanej do płatnika alimentacyjnego, a prowadzonej na podstawie tytułu wykonawczego.
2. Warunki stanowiące nabywanie prawa do odpowiednich świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności danej egzekucji alimentów, które następnie zwane są „świadczeniami z funduszu alimentacyjnego”,
3. Konkretne zasady oraz tryb postępowania w sprawach przyznawania, jak i wypłacania z funduszu alimentacyjnego,
4. Zasady finansowania danych świadczeń z funduszu alimentacyjnego,
5. Odpowiednie działania podejmowane wobec alimentacyjnych dłużników.

W związku z powyższym Fundusz alimentacyjny jest systemem wspierania osób uprawnionych do otrzymywania alimentów środkami finansowymi zaczerpniętymi z budżetu państwa.

- Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 roku o dodatkach mieszkaniowych (*Dz. U. z 2013 r. poz. 966 z późn. zm.*).

Ustawa ma za zadanie regulację zasad oraz trybów przyznawania, ustalanie optymalnej wysokości, a także wypłacanie dodatków mieszkaniowych oraz wskazywanie na właściwość organów w tych sprawach. Osoby, którym przysługuje dodatek mieszkaniowy powinny posiadać na jednego członka gospodarstwa domowego, w okresie trzech ostatnich miesięcy, które poprzedzają datę złożenia wniosku, średni miesięczny dochód nie

przekraczający 175% kwoty najniższej emerytury brutto w jednoosobowym gospodarstwie domowym oraz 125% tej kwoty w gospodarstwie domowym wieloosobowym, która obowiązuje w dniu złożenia wniosku.

- Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011r. (*Dz. U. z 2015 r., poz. 332 z późn. zm.*). Powyższa ustawa ustanawia:
 1. Wszelkie zasady i formy wspierania rodzin, które przeżywają trudności w wypełnianiu swoich funkcji opiekuńczo-wychowawczych,
 2. Formy oraz zasady sprawowania pieczy zastępczej, a także pomocy w przyszłym usamodzielnianiu jej pełnoletnich wychowanków;
 3. Konkretnie zadania administracji publicznej z obszaru wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej;
 4. Zasady stanowiące o finansowaniu wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej;
 5. Odpowiednie zadania w ramach postępowania adopcyjnego.
- Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (*Dz. U. z 2015 r., poz. 513 późn. zm.*). Ustawa stanowi o:
 1. Źródłach dochodów jednostek samorządu terytorialnego, a także zasadach ustalania i gromadzenia takich dochodów,
 2. Zasadach ustalania oraz przekazywania subwencji ogólnej i innych dotacji celowych z budżetu państwa.
- Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 roku (*Dz. U. z 2015 r. poz.1515*). Ustawa wymienia zadania własne gminy w obszarze zaspokajania potrzeb zbiorowych mieszkańców, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, a także wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej.

Podstawy prawne w obszarze planowania polityki społecznej na terenie Unii Europejskiej

Najważniejszym celem polityki społecznej całej Unii Europejskiej jest odpowiednie wyrównywanie i polepszanie warunków życia oraz pracy obywateli tejże wspólnoty.

W ramach polityki strukturalnej oraz Europejskiego Funduszu Społecznego tworzone są regulacje, które podejmuje Rada, Parlament i Komisja Europejska, dotyczące w głównej mierze Funduszy Strukturalnych Unii Europejskiej, a także polityki społecznej oraz wsparcia społecznego.

- Rozporządzenie Rady z dnia 21 czerwca 1999 r., które wprowadza uogólnione przepisy dotyczące Funduszy Strukturalnych (1260/99 WE),
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 czerwca 1999 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (1783/99WE),
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 lipca 1999 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego (1784/99WE),
- Rozporządzenie Rady z dnia 21 czerwca 1999r. z zakresu koordynacji pomocy w ramach strategii przedakcesyjnej przeznaczone dla krajów ubiegających się o członkostwo w Unii Europejskiej, a także zmieniające rozporządzenie 3906/89EWG (1266/99WE),
- Rozporządzenie Rady z dnia 21 czerwca 1999 r. ustanawiające Instrument Przedakcesyjnej Polityki Strukturalnej (1267/1999WE).

1.1.2 DOKUMENTY PROGRAMOWE

POZIOM EUROPEJSKI I MIĘDZYNARODOWY

Strategia „Europa 2020” jest nową ideą gospodarczą Unii Europejskiej mającą na celu zastąpienie Strategii Lizbońskiej. Obecne wyzwania – np. światowy kryzys finansowy wymuszają redefinicję zarówno celów, a także instrumentów, które wspierają rozwój gospodarczy Europy.

Projekt „Europa 2020” bazuje w głównej mierze na trzech powiązanych ze sobą priorytetach:

1. Rozwój inteligentny (rozwój i promowanie gospodarki opartej na innowacji i wiedzy),
2. Rozwój zrównoważony (wspieranie i promowanie gospodarki efektywniej wykorzystującej dostępne zasoby, która jest konkurencyjna i bardziej przyjaznej środowisku),
3. Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu (wspieranie i promowanie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia, której zadaniem jest zapewnianie spójności społecznej oraz terytorialnej).

W ramach realizacji priorytetów, jak i celów przygotowano siedem inicjatyw flagowych (tj. przewodnich projektów), z których dwie są niezwykle kluczowe dla polityki rynku pracy: „Mobilna Młodzież” oraz „Program na rzecz nowych umiejętności i miejsc pracy”. Następne, komplementarne z pozostałymi inicjatywy to: „Europejski program walki z ubóstwem”, „Unia innowacji”, „Europa efektywnie korzystająca z zasobów”, „Europejska agenda cyfrowa”, i „Polityka przemysłowa w erze globalizacji”.

Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych, która została ratyfikowana przez Prezydenta Polski w 2012 roku promuje popieranie, a także ochronę i zapewnienie pełnego, równego korzystania ze wszystkich praw człowieka oraz podstawowych wolności przez każdą osobę niepełnosprawną, jak i popieranie poszanowania przyrodzonej godności tych osób .

POZIOM KRAJOWY

Strategicznymi dokumentami, które mają wywierać wpływ na całościowe kształtowanie krajowej polityki społecznej są:

Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju „Polska 2030”, która w zaprezentowanym Modelu rozwoju Polski do 2030 za najistotniejszy cel uznaje rozwój kapitału ludzkiego dzięki wpływaniu na wzrost zatrudnienia, szczególnie wobec osób z grup, które znajdują się w gorszym położeniu na rynku pracy, szeroko pojęty rozwój ekonomii społecznej, poprawę dostępności zasobów mieszkaniowych, kształcenie ustawiczne, odpowiednie wsparcie rodzin w opiece nad dzieckiem, rozwój dostępnych form oraz metod pracy z rodziną w kryzysie, przyjęcie i wdrożenie nowych form opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz utworzenie kompleksowego modelu wsparcia dla osób starszych.

Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL) została ona przyjęta przez Radę Ministrów (uchwała nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020).

SRKL należy ona do jednej z dziewięciu strategii sektorowych, które stanowią „inne strategie rozwoju” w odniesieniu do ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712, z późn. zm.), których zadaniem jest realizacja średnio i długookresowej strategii rozwoju całego kraju.

Najistotniejszym celem SRKL jest rozwijanie kapitału ludzkiego dzięki świadomemu wydobywaniu potencjałów osób takim sposobem, aby mogły uczestniczyć w pełni życia społecznego, ekonomicznego i politycznego na wszystkich swoich etapach życia.

W ramach SRKL wyznaczono również pięć celów szczegółowych:

- wzrost poziomu zatrudnienia;
- wydłużenie aktywności zawodowej oraz zapewnienie lepszej jakości dla życia i funkcjonowania osób starszych;
- poprawa sytuacji konkretnych osób bądź grup, którym zagraża wykluczenie społeczne;
- widoczne podniesienie efektywności opieki zdrowotnej w kraju oraz poprawa zdrowia obywateli;
- znaczne podniesienie poziomu kompetencji, a także kwalifikacji obywateli.

Realizacja zarówno celu głównego oraz wszystkich celów szczegółowych projektu SRKL będzie się odbywała poprzez konkretne działania podejmowane na poszczególnych etapach życia: rozpoczynając od wczesnego dzieciństwa, poprzez całą edukację szkolną, edukację wyższą, okres aktywności zawodowej razem z okresem rodzicielstwa, aż do późnej starości.

Wszelkim pracom nad SRKL towarzyszyło silne przekonanie, że odpowiednio wysoka jakość kapitału ludzkiego ma bardzo istotne znaczenie przy dokonywaniu większości życiowych wyborów, które w dalszej perspektywie przekładają się na jakość życia zarówno pokolenia obecnego i przyszłych pokoleń.

Urzeczywistnienie celów SRKL powinno, w perspektywie 2020 roku, przynieść Polsce dobrze rozwinięty rynek pracy oraz wysoki poziom zatrudnienia wraz z wysokiej jakości systemem kształcenia dzieci i ludzi młodych. Celem jest również stworzenie efektywnej opieki zdrowotnej oraz ukazanie Polski jako kraj atrakcyjny i konkurencyjny.

Krajowy Program Reform (KPR). Ważny element w procesie wdrażania strategii „Europa 2020” stanowi Krajowy Program Reform. KPR biorąc pod uwagę krajowe uwarunkowania oraz sytuację społeczno-gospodarczą, stwarza cele, do których Polska będzie dążyła do 2020 r. Ważnym celem Krajowego Programu Reform w realizacji strategii „Europa 2020” (który został przyjęty przez Radę Ministrów 26 kwietnia 2011 r.) jest tworzenie trwałych podstaw dla wzrostu gospodarczego kraju, przy równoczesnym łączeniu celów unijnych z priorytetami Polski.

Zamieszczone w nim reformy ukierunkowane zostały na wzrost inteligentny, zrównoważony oraz sprzyjający włączeniu społecznemu. Ich zadaniem jest umożliwienie przewyciężenia barier wzrostu (tj. wąskich gardeł – ang. bottlenecks), które hamują potencjał rozwojowy państw członkowskich Unii Europejskiej oraz istotne wzmocnienie

pozycji UE na arenie międzynarodowej. W powyższym dokumencie zawarto również cel, jakim są czynności w zakresie przeciwdziałania ubóstwu.

Pośród krajów UE-27 Polska zalicza się do państw o wysokim wskaźniku zagrożenia ubóstwem bądź wykluczeniem społecznym. Jak wynika z raportów publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz w oparciu o Europejskie badania dochodów i warunków życia EU-SILC z 2012r. można zauważyć, że odsetek osób zagrożonych ubóstwem bądź/i wykluczeniem społecznym wyniósł 26,7% w 2012 r. Aktualnie poziom tego wskaźnika dla Polski sukcesywnie spada, jednakże nadal jest na wyższym poziomie niż średnia dla całej Unii (24,8% w 2012 r.). Problem, jaki stanowi ubóstwo jest silnie powiązany z samą sytuacją na rynku pracy, bowiem wskaźnik ubóstwa lub wykluczenia społecznego jest na najwyższym poziomie wśród osób bezrobotnych (w 2012 roku: 58,7%). Dlatego też kluczowymi działaniami dla przeciwdziałania ubóstwu są te, które zwiększają szanse na zatrudnienie, konkretnie zdefiniowane w celu w zakresie zatrudnienia. Poprzez dostęp do usług wysokiej jakości, wszelkie działania podejmowane w kierunku pozyskania przez osoby, które są zdolne do pracy, trwałego zatrudnienia powinno się łączyć z działaniami włączającymi społecznie osoby zagrożone ubóstwem. Obecne świadczenie usług wysokiej jakości – w tym m.in.: usług pomocy, integracji społecznej, usług zdrowotnych oraz edukacyjnych, usług opieki nad dziećmi i osobami zależnymi (tj. osoby niepełnosprawne bądź starsze), wsparcia i pomocy w sprawach mieszkaniowych – jest niezwykle istotne dla wsparcia działań ukierunkowanych na wzrost zatrudnienia. Problem, jaki stanowi ubóstwo i wykluczenie społeczne nie zawsze wiąże się bezpośrednio z samym zjawiskiem bezrobocia. W Polsce ryzyko ubóstwa obejmuje także rodziny z dziećmi, a zwłaszcza rodziny wielodzietne. Warto zatem m.in. wzmocnić wsparcie dla rodzin z dziećmi na utrzymaniu, głównie rodzin znajdujących się w względnie trudnej sytuacji materialnej, kontynuować pomoc wobec rodzin przeżywających trudności w spełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, oraz przyczynić się do zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych dla najuboższych rodzin.

Priorytety ustanowione w ramach perspektywy finansowej 2014-2020

Realizowanie celu w zakresie ograniczania ubóstwa będzie odbywało się głównie z wykorzystaniem poniżej zamieszczonych priorytetów inwestycyjnych na poziomie krajowym w ramach wykorzystania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 i RPO:

- 9.4 aktywne włączenie, dotyczących promowania równych szans, jak i aktywnego uczestnictwa oraz zwiększania szans na zatrudnienie,
- 9.7 ułatwianie dostępu do najprzystępniejszych cenowo, wysokiej jakości oraz trwałych usług, w tym również opieki zdrowotnej i innych usług socjalnych świadczonych w ogólnym interesie,
- 9.8 wspieranie przedsiębiorczości społecznej oraz integracji zawodowej w przedsiębiorstwach społecznych, a także ekonomii społecznej i solidarnej w zamiarze ułatwiania dostępu do powszechnego zatrudnienia, jak i również uzupełniająco w ramach poniższych priorytetów inwestycyjnych POIS:
- 9.1 inwestycje w infrastruktury: zdrowotną i społeczną, które będą przyczyniały się do rozwoju na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym, zmniejszania wszelkich nierówności w zakresie stanu zdrowia obywateli, promowania społecznego włączenia się poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, a także kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z wyższego szczebla usług instytucjonalnych do usług bazujących na poziomie społeczności lokalnych.

Dodatkowo cel ten będzie realizowany na poziomie regionalnym, na którym wsparcie będzie bezpośrednie udzielane w ramach regionalnych programów operacyjnych (RPO). Cel krajowy w obszarze przeciwdziałania ubóstwu planuje obniżenie o 1,5 mln (w stosunku do 2008 r.) liczby osób zagrożonych ubóstwem i/bądź deprivacją materialną i/bądź osób żyjących w gospodarstwach domowych z wykluczeniem pracujących oraz o niskiej intensywności pracy.

Krajowy Program Przeciwdziałaniu Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020 (MPiPS)

„Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: Nowy Wymiar Aktywnej Integracji” stanowi uszczegółowienie oraz uzupełnienie wszelkich dokumentów strategicznych, a głównie celu szczegółowego 3 Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (SRKL), w obrębie warunku 9.1 warunkowości ex-ante przeznaczonej dla Europejskiego Funduszu Społecznego, w zakresie dotyczącym istnienia i realizacji strategicznych dla kraju ram polityki w celu ograniczania ubóstwa oraz aktywnej integracji osób wykluczonych.

Głównym celem tego Programu jest istotne ograniczenie ubóstwa i wykluczenia społecznego w wyniku działań zmierzających do znacznego zwiększenia aktywności

społecznej, a także zwiększenia gotowości do podejmowania pracy, co tym samym przyczyni się do poprawy poziomu zatrudnienia.

Program przytacza pięć celów operacyjnych:

1. Usługi dla aktywności i profilaktyki – zniwelowanie wykluczenia dzieci i młodzieży,
2. Gwarancje dla przyszłości młodzieży – tworzenie szans dla młodzieży na wejście w rynek pracy,
3. Aktywna osoba, zintegrowana rodzina oraz odpowiedzialne lokalne środowisko,
4. Przeciwdziałanie niepewności mieszkaniowej,
5. Seniorzy – aktywni, potrzebni i bezpieczni.

Dodatkowo prowadzone i realizowane będą działania oraz programy rządowe obejmujące:

- Przeprowadzenie zmian w systemie pomocy społecznej (MPiPS),
- Wsparcie dla osób bezrobotnych, które są najbardziej oddalone od rynku pracy (MPiPS),
- Zmiany w zasadach podlegania ubezpieczeniu społecznemu w odniesieniu do niektórych rodzajów wykonywania pracy (MPiPS),
- Pomoc dla rodzin z dziećmi i dla dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej (MPiPS),
- Odpowiednie wsparcie dla opiekunów osób niepełnosprawnych (MPiPS),
- Szeroko pojęty rozwój sektora ekonomii społecznej (MPiPS),
- Zapobieganie wykluczeniu społecznemu oraz ubóstwu dzięki spieraniu aktywności organizacji pozarządowych (MPiPS),
- Zapobieganie wykluczeniu społecznemu starszych osób (MPiPS),
- Zapobieganie zjawisku wykluczenia społecznego młodzieży (MPiPS/OHP),
- Wspieranie rodzin, które znajdują się w trudnej sytuacji finansowej i zapewnienie im funkcji socjalnej szkoły (MEN),
- Pomoc państwa w obszarze dożywiania (MPiPS).

POZIOM REGIONALNY

Strategia Rozwoju Województwa Podkarpackie 2007-2020 stanowi trzeci dokument programowy, który jest przygotowywany przez Zarząd Województwa od chwili

wprowadzenia reformy ustrojowej i administracyjnej państwa oraz ustanowienia tego województwa samorządowego jako podmiotu, który realizuje własną politykę regionalną. Strategia Rozwoju Województwa Podkarpackie 2007-2020 ustanawia cele oraz działania, które mają służyć przełamywaniu różnorodnych strukturalnych problemów gospodarczych, jak i społecznych oraz podnoszeniu konkurencyjności całego regionu. Wyzwaniom tym województwo podkarpackie musi sprostać aktualnie postępującym procesie globalizacji oraz liberalizacji i rozwoju gospodarki w głównej mierze opartej na wiedzy.

Istotnym celem strategicznym jest również „podniesienie krajowej oraz międzynarodowej konkurencyjności gospodarki regionu poprzez podwyższenie jej innowacyjności, a tym samym efektywności, która stworzy tym samym warunki do zrównoważenia rynku pracy i wzrostu dochodów oraz poziomu życia ludności”.

Strategiczny obszar, który stanowi „Kapitał społeczny” jest rozumiany jako potencjał demograficzny, społeczno-kulturowy i edukacyjny, ale również jako pełna mobilność zawodowa i przestrzenna mieszkańców tego regionu, stanowi jedno z podstawowych uwarunkowań, które decydują o szybkim rozwoju i bogactwie regionu. Aby w pełni wykluczyć możliwości zakłócenia i kryzysu rozwoju, każdy z tych powyższych czynników musi działać w odpowiedniej proporcji w stosunku do wszystkich pozostałych. Dlatego istotnym jest, by podejmowane działania w ramach wyżej wymienionego obszaru strategicznego powinny zmierzać do szeroko pojmowanego rozwoju kapitału społecznego.

Cel strategiczny obszaru „Kapitał społeczny” zawiera: wszechstronny rozwój kapitału społecznego, który umożliwi pełne wykorzystanie potencjału oraz możliwości rozwoju osobistego dla mieszkańców regionu.

W ramach realizacji tego celu wykorzystane zostaną m.in. poniższe priorytety, którym podporządkowano odpowiednie kierunki działań:

Priorytet 1: Poprawa jakości systemu edukacji jako wymóg pogłębiania wiedzy oraz wzrostu kompetencji.

Kierunek działania 1:

Poszerzenie dostępu do edukacji już od najmłodszych lat życia.

Kierunek działania 2:

Wspieranie i promowanie otwartości edukacji.

Kierunek działania 3:

Polepszenie jakości kształcenia.

Kierunek działania 4:

Odpowiednie dostosowanie systemu kształcenia, także ustawicznego, do aktualnych potrzeb rynku pracy.

Priorytet 2: Wzmocnienie jakościowego rozwoju zasobów pracy regionu.

Kierunek działania 1:

Wzrost zatrudnienia dla osób bezrobotnych oraz biernych zawodowo.

Kierunek działania 2:

Polepszenie kompetencji oraz rozwój kadr regionu.

POZIOM LOKALNY

Strategia Rozwoju Gminy Medyka do roku 2026. W obrębie pomocy społecznej, wszelkie zadania gminy będą koncentrować się na usprawnieniu dotychczasowego systemu kierowania, a dokładniej na realizacji misji gminy:

„Efektywne zaspokajanie wszelkich potrzeb mieszkańców gminy Medyka, zapewniające godne warunki życiowe i stały rozwój społeczeństwa lokalnego oraz zapewnienie poczucia stabilizacji w przyszłości”.

Proces uspołecznienia opracowania Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych

Wymogiem Unii Europejskiej jest uspołecznienie procesu planowania strategicznego. Wiąże się ono z zastosowaniem w całym procesie planowania, minimum dwóch z czterech niżej wymienionych zasad dotyczących polityki strukturalnej UE:

- Programowanie – jest obowiązkiem tworzenia długookresowych strategii oraz planów rozwoju na poziomie narodowym oraz wojewódzkim, a także wszędzie tam, gdzie uzasadnione jest to potrzebami lokalnymi, również na poziomie samych gmin i powiatów;
- subsydiarność – klarowne określenie kompetencji władzy wykonawczej na różnych jej szczeblach oraz upoważnienie (na mocy odpowiednio stosowanych aktów prawnych) samorządów do realizacji i programowania polityki społecznej danego regionu;
- partnerstwo –obowiązek statutowy ciągłego konsultowania polityki społecznej z określonymi partnerami społecznymi na wszystkich poziomach programowania polityki społecznej;
- koncentracja – dobór oraz ustalenie odpowiedniej hierarchii priorytetów w obszarach programów operacyjnych, a także systematyczne zwiększanie

przydziału środków na te działania w obrębie obszarów, na których skoncentrowane są problemy społeczne i ekonomiczne.

Zasady polityki społecznej

Należą do nich m.in.:

- Zasada pomocniczości (cytowana wcześniej zasada subsydiarności) – można ją również tłumaczyć jako: na początku pomagasz sobie sam, następnie liczysz na pomoc ze strony rodziny, później społeczności lokalnej (czyli organizacji pozarządowych lub samorządów), a na samym końcu oczekujesz państwa. Państwo występuje się dopiero wtedy, gdy wcześniejsze działania na „niższych szczeblach” nie są wystarczające.
- Zasada dotycząca efektów odłożonych w czasie – na przykład system emerytalny: bieżące opłaty składek, „zwrot” pieniędzy następuje dopiero po latach, innym przykładem może być zmiana nauczania, której efekty zaobserwujemy dopiero gdy nowe, inaczej wykształcone pokolenie, zastępuje poprzedników. Z reguły zapowiedź zmian organizacyjnych bądź prawnych często powoduje wzrost oczekiwań, a „odkładany w czasie” efekt zmian nierzadko wywołuje rozgoryczenie, pretensje, niepokój, odruchy protestu lub buntu, a nawet rozruchy.
- Zasada szerokiego zasięgu skutków lub mówiąc inaczej zasada promieniowania efektów. Przykład: pierwsze połowa lat 90-tych, w Niemczech wprowadzone zostają ubezpieczenia pielęgnacyjne, powszechne i obowiązkowe. W ich wyniku nastąpił wzrost zatrudnienia kobiet niskokwalifikowanych w średnim wieku, rodziny odciążone zostały od bezpośredniej opieki nad niepełnosprawnymi członkami oraz znacząco zwiększyło się poczucie bezpieczeństwa socjalnego w kraju.
- Zasada akceptacji społecznej - gdy działania władz budzą pozytywne emocje w społeczeństwie (np. powszechne organizowanie wakacji dla dzieci bądź rozgrywek sportowych) efekt jest bardzo szybki. Jeżeli jednak władza lokalna musi nieustannie zabiegać o akceptację swoich zamiarów, zaleca się przygotowanie planu, który będzie zawierał:
 - a) objaśnienie celu podjętego działania,
 - b) jawność wszystkich poczynań,
 - c) poparcie autorytetów uznanych w środowisku,

- d) odpowiednią akcją informacyjną poprzedzającą samą decyzję,
 - e) zaangażowanie jak największej liczby osób i instytucji do realizacji celu,
 - f) monitorowanie, wskazywanie i podkreślanie pierwszych sukcesów oraz ich wspólne świętowanie,
 - g) ujawnianie wszelkich trudności i ewentualnych niepowodzeń.
-
- Zasada kontroli społecznej - każda lokalna zbiorowość rozwija swój własny system „miar”, ocen, wszelakich nakazów oraz zakazów, sankcji, a także uznania. Planując strategię, należy wszelkie te miary brać pod uwagę.
 - Zasada aktywności i zaangażowania społecznego, która polega na włączaniu w lokalne życie społeczne dużej grupy mieszkańców. Przykład stanowią: organizacje pozarządowe, które skupiają rodziców dzieci niepełnosprawnych, diabetyków lub kobiety po zabiegu mastektomii oraz wszelkie towarzystwa regionalne bądź wspólnoty mieszkaniowe.
 - Zasada kompleksowości i sprzężenia zwrotnego – zmiany dokonywane w jednym obszarze życia za każdym razem powodują zmiany w innych jego dziedzinach. Przykładem może być ciąg następujących skutków: brak jakiegokolwiek wykształcenia – brak pracy – brak stałego dochodu – zasiłek – utrata poczucia własnej wartości – niechęć do całego otoczenia – obniżenie poziomu życia oraz konflikty z rodziną – przestępczość, nałogi. Takie przykładowe „ciągi” zdarzeń są oparte na częstych schematach biografii osób podopiecznych pomocy społecznej.
 - Zasada pozornego altruizmu (zapewnienie pomocy tzw. osobom wykluczonym leżące w interesie osób niewykluczonych) – inicjując jakieś działania społeczne, mamy w zamyśle działanie na rzecz dobra społecznego: należy pomóc ludziom starym oraz niepełnosprawnym, bezradnym (dzieciom), a także bezdomnym. Należy pamiętać, że istnieje również druga strona wyrażająca się w pytaniu: „Co ja z tego będę mieć?”. Każda z nich jest ważna, a zatem żadnej nie powinno się lekceważyć ani oceniać jako gorszej.

Przy opracowaniu Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Medyka na lata 2016-2026 uwzględniono wyżej wymienione zasady.

Przyczyny oraz istniejące czynniki powodujące konieczność korzystania z pomocy społecznej w Gminie Medyka.

Pomoc społeczna tworzona jest przez organy administracji rządowej oraz samorządowej przy jednoczesnym współdziałaniu organizacji pozarządowych, stowarzyszeń, fundacji, jak i również Kościoła oraz innych związków wyznaniowych, pracodawców, a także osób fizycznych i prawnych.

Aby skutecznie przeciwdziałać różnorodnym problemom społecznym należy opierać się na nieustannej diagnozie sytuacji oraz sprawnym i prawidłowym przepływie informacji. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej będzie zatem podejmował odpowiednie działania, których zadaniem będzie umożliwienie rozpoznania źródła zagrożeń życia społecznego na obszarze całej gminy. Pozwoli to zwiększyć efektywność wszelkich podejmowanych działań oraz skuteczność reagowania samego Ośrodka i instytucji z nim powiązanych na aktualnie występujące problemy. W ramach tych działań przeprowadzone będą:

- analiza realnie występujących w gminie potrzeb,
- zabezpieczenie wszelkich środków finansowych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb,
- obserwacja i rozpoznanie głównych problemów społecznych oraz ich realnego rozmiaru i zasięgu,
- ustalenie odpowiednich zasad współpracy przy wymianie wszelkich informacji między instytucjami oraz organizacjami współpracującym z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej.

Zgodnie z art. 4 ustawy stanowiącej o pomocy społecznej osoby i rodziny, które korzystają z pomocy społecznej zobowiązują się tym samym do współdziałania przy rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej.

Bardzo istotny jest aktywny udział osób bądź rodzin ubiegających się o pomoc, ich dobrowolna chęć współpracy, a także właściwe wykorzystanie osobistych możliwości i uprawnień. W związku z tym podstawowym i głównym narzędziem pracy będzie szeroko rozumiana praca socjalna. Największy nacisk położony zostanie na współdziałanie osoby bądź rodziny w rozwiązywaniu ich trudnych sytuacji życiowych. W celu osiągnięcia takich działań należy stosować takie rozwiązania wobec jednostki, aby zmieniła ona swój osobisty sposób myślenia, a także własną postawę z biernej i roszczeniowej na aktywną. Pozwoli jej to w przyszłości, gdy znajdzie się w jakiejś sytuacji kryzysowej, w pierwszej kolejności skorzystać z własnych możliwości.

Wszelkie działania prowadzące do uświadomienia klientowi, że to on jest w pełni odpowiedzialny za rozwiązanie własnych problemów, powinny zostać uwieńczone podpisaniem kontraktu socjalnego. Kontrakt socjalny obciąża osobę lub rodzinę szeregiem najistotniejszych zobowiązań, których wykonywanie monitorowane jest przez pracownika socjalnego. Należyte wywiązywanie się z określonych indywidualnie ustaleń może być wynagradzane niezbędną pomocą finansową. Takie rozwiązania mają na celu na celu pobudzanie aktywności klienta oraz działają bardzo mobilizująco na poszukiwanie i stosowanie samodzielnych rozwiązań. Dążą one również do zbudowania świadomości osoby bądź rodziny, podkreślając, że to w niej tkwi potencjał do zmian, a ich wysiłki są zawsze wspierane przez sam Ośrodek.

Analiza dokumentów, którymi dysponuje Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Medyce wskazuje, że od kilku lat, w powyżej wymienionej gminie, główną przyczyną korzystania z wszelkiej pomocy społecznej jest bezrobocie i ubóstwo.

2. METODYKA PRACY NAD STRATEGIĄ

GRUPA ZADANIOWA DS. STRATEGII - ZASADA PARTNERSTWA

Przyjmując, za obowiązującą dla etapu konstruowania Strategii, a następnie etapów monitorowania jej wdrażania, zasadę partnerskiej współpracy, zarządzeniem nr Nr 2010.1.2012 Wójta Gminy Medyka z dnia 27.01.2012 r powołano Gminny Zespół Interdyscyplinarny w składzie:

1. Patrycja Obłóza – przedstawiciel Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej;
2. Kinga Krzywonos – Wojtyczka – przedstawiciel Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
3. Janina Winnicka – Kulaszka - przedstawiciel Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
4. Waldemar Kolczak – przedstawiciel Policji;
5. Sylwia Szczygieł – Chomik – przedstawiciel oświaty;
6. Teresa Porada – przedstawiciel ochrony zdrowia;

7. Teresa Pawluczka – przedstawiciel organizacji pozarządowych.

Podstawowy zakres prac Grupy Zadaniowej ds. Strategii obejmuje:

1. Etap opracowania projektu *Strategii*, w tym:
 - podsumowanie wyników konsultacji społecznych oraz dokonanie korekt,
 - przedłożenie projektu *Strategii* pod obrady Rady Gminy Medyka,
2. Etap wdrażania *Strategii*, w tym:
 - upowszechnienie na obszarze Gminy Medyka tekstu uchwały Rady Gminy Medyka o wdrożeniu *Strategii*,
 - cykliczne monitorowanie realizacji *Strategii*, w tym: przygotowanie informacji o poziomie osiągnięcia założonych celów i priorytetów *Strategii* na dzień 31 grudnia danego roku, która będzie przedmiotem obrad Rady Gminy Medyka.

W ramach Grupy Zadaniowej ds. Strategii funkcje koordynacyjne przypisane zostały Kierownikowi GOPS Medyka.

3. DIAGNOZA WARUNKÓW ŻYCIA W GMINIE MEDYKA

3.1. CHARAKTERYSTYKA GMINY MEDYKA

Gmina Medyka położona jest we wschodniej części województwa podkarpackiego. W latach 1975 – 1998 należała do województwa przemyskiego. Od roku 1998, kiedy została przeprowadzona reforma administracyjno-samorządowa wprowadzająca trzystopniowy podział administracyjny kraju, Gmina Medyka znajduje się w powiecie przemyskim. Od północy graniczy z gminą Stubno, od południa z miastem i gminą Przemysł, od zachodu z gminą Żurawica natomiast od wschodu granicę gminy wyznacza Granica Państwa z Ukrainą. Na terenie gminy zlokalizowane jest towarowo - osobowe przejście graniczne pomiędzy Polską a Ukrainą.

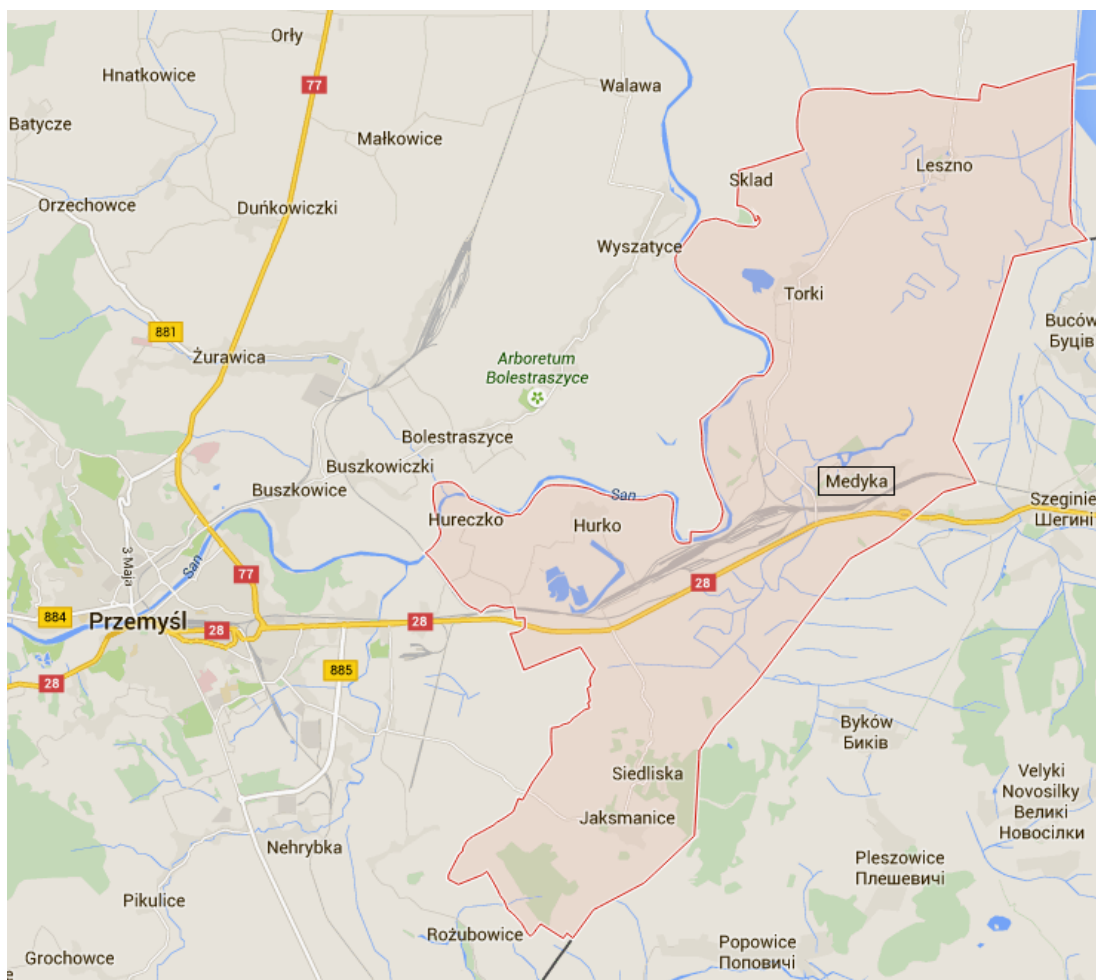
Mapa 1. Gmina Medyka na tle Powiatu Przemyskiego



Źródło: Opracowanie własne

Pod względem terytorialnym, gmina zajmuje najmniejszą powierzchnię w powiecie przemyskim wynoszącą 60,62 km², co stanowi 5% obszaru powiatu. Jest to teren typowo rolniczy – użytki rolne zajmują powierzchnię 50,5 km², co stanowi 83,3% obszaru gminy. Grunty leśne stanowią 3,6% powierzchni gminy (2,2 km²) a grunty zabudowane i zurbanizowane 10,2% (6,2 km²). Nieużytki o powierzchni 0,7 km² zajmują 1,2% obszaru gminy.

Mapa 2. Gmina Medyka



Źródło: Opracowanie własne

Pod względem zaludnienia Medyka jest gminą o średnim zasobie ludności. Według danych GUS na koniec 2014 roku teren gminy zamieszkiwało 6 498 osób, w tym 3 237 kobiet (49,8%) przy średniej gęstości zaludnienia wynoszącej 107 osób/ km².

W skład gminy wchodzi 7 sołectw: Hureczko, Hurko, Jaksmanice, Leszno, Medyka, Torki i Siedliska. Największe miejscowości pod względem zajmowanego obszaru to Medyka oraz Leszno i Torki. Te trzy miejscowości stanowią niemal 63% powierzchni gminy. Na terenie gminy nie ma ośrodków miejskich, w związku z tym centrum usługowo-administracyjnym dla obszaru jest położona w odległości 12 km w kierunku zachodnim stolica powiatu – miasto Przemysł.

Demografia

Jedną z głównych składowych kształtujących procesy rozwojowe w gminie są jej mieszkańcy. Potencjał demograficzny gminy Medyka według danych GUS na koniec 2014

roku to 6 498 osób, w tym 3 237 kobiet (49,8% mieszkańców) i 3 261 mężczyzn (50,2% mieszkańców), co stanowi 8,78% ludności powiatu przemyskiego. Gmina Medyka jest jedną z pięciu gmin powiatu, w której liczba mieszkańców w ostatnich latach uległa zwiększeniu. Znotowany wzrost to 105 osób - w 2010 roku gmina liczyła 6 393 mieszkańców, w tym 3 212 kobiet oraz 3 181 mężczyzn. W analogicznym okresie liczba ludności w powiecie przemyskim wzrosła o 431 osób - z 73 636 do 74 067. Średnia gęstość zaludnienia na terenie gminy wynosi 107 osób/km² (105 os/km² w 2010 roku).

Poniższa tabela przedstawia stan ludności gminy Medyka na tle pozostałych gmin wiejskich powiatu przemyskiego. Powierzchnia powiatu oraz poszczególnych gmin w ostatnich latach nie uległa zmianie.

Gmina Medyka jest najmniejszą jednostką terytorialną spośród dziesięciu gmin powiatu przemyskiego, zajmuje szóste miejsce pod względem liczby ludności i trzecie miejsce pod względem gęstości zaludnienia.

Tabela 1. Ludność, średnia gęstość zaludnienia oraz powierzchnia miejscowości gminy Medyka (stan na dzień 26.03.2015 rok).

L.p.	Miejscowość	Liczba mieszkańców			Gęstość zaludnienia [os/km ²]	Powierzchnia [km ²]
		ogółem	kobiety	mężczyźni		
1.	Torki	901	438	463	93,7	9,63
2.	Siedliska	728	400	328	119,0	6,12
3.	Medyka	2 692	1 352	1 340	160,4	16,78
4.	Leszno	682	348	334	58,4	11,67
5.	Hurko	582	275	307	89,7	6,49
6.	Hureczko	483	246	237	178,9	2,70
7.	Jaksmanice	537	273	264	74,8	7,18

Źródło: www.medyka.itl.pl

Na terenie gminy Medyka wskaźnik przyrostu naturalnego na 1000 mieszkańców wyniósł w 2014 roku 3,2 ulegając w porównaniu do 2010 roku obniżeniu o 0,7. Pozytywnym zjawiskiem jest rosnące saldo migracji wewnętrznych, które na koniec 2014 roku wyniosło 33 (w 2010 roku wynosiło 24) oraz utrzymujące się na poziomie 0 saldo migracji zagranicznych

Wśród mieszkańców gminy Medyka najliczniej reprezentowaną grupą wiekową są osoby młode w wieku 0 – 19 lat, których liczba na koniec 2014 roku wyniosła 1503 osoby, co stanowiło 23,1% ogółu ludności gminy oraz 1108 osób w wieku 30 – 39 lat, które stanowiły 17,1% ogółu mieszkańców. Kolejne miejsca w strukturze wiekowej mieszkańców gminy zajmują porównywalne pod względem liczebności grupy wiekowe: 40 – 49 lat (13,3% ogółu) oraz 50 - 59 lat (13,2% ogółu). Ludność gminy Medyka w wieku 65 i więcej stanowiła 11,9% ogółu mieszkańców.

Aktywność lokalna (społeczna), organizacje pozarządowe

Za jeden z mierników poziomu rozwoju społeczeństwa danej jednostki uważana jest liczba organizacji pozarządowych funkcjonująca na jej terenie. Według danych GUS na koniec 2014 roku na terenie gminy Medyka działało 22 stowarzyszenia i organizacje społeczne, ich ilość wzrosła o 2 od 2010 roku.

Do najważniejszych organizacji pozarządowych można zaliczyć:

Ludowy Klub Sportowy „Bizon” Medyka

Ludowy Klub Sportowy „Orzeł” Torki

Ludowy Klub Sportowy „Fort” Jaksmanice

Ludowy Klub Sportowy „Fenix” Leszno

Uczniowski Ludowy Klub Sportowy „San” Hurko – Hureczko

Klub Sportowy „Kolejarz” Hurko

Ochotnicza Straż Pożarna Hureczko

Ochotnicza Straż Pożarna Hurko

Ochotnicza Straż Pożarna Leszno

Ochotnicza Straż Pożarna Medyka

Ochotnicza Straż Pożarna Torki

Stowarzyszenie „Integracja – Siedliska”

Stowarzyszenie Mieszkańców Wsi Torki „Nie Tylko Dla Siebie”

Stowarzyszenie Przyjaciół Ziemi Medyckiej

Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Leszna

Stowarzyszenie Wędkarskie w Torkach

Koło Wędkarskie w Medyce

Uczniowski Klub Sportowy „Jagiellonka” w Medyce

Orkiestra Dęta w Medyce

Medyckie Koło Kobiet

Większość organizacji posiada swoje siedziby na terenie gminy. Współpraca organizacji pozarządowych z Gminą Medyka koncentruje się wokół zadań związanych z rozwojem oraz bezpiecznym i prawidłowym jej funkcjonowaniem. Realizowanie wspólnych zadań ma na celu promocję gminy i poprawę jakości życia jej mieszkańców.

Na terenie gminy aktywną działalność prowadzą Ochotnicze Straże Pożarne. Oprócz podstawowych celów statutowych, takich jak uczestnictwo w akcjach ratowniczych i współdziałanie z instytucjami i stowarzyszeniami w zakresie zapobiegania pożarom, rozwijają wśród swoich członków kulturę fizyczną i sport oraz prowadzą działalność kulturalno – oświatową i rozrywkową. Najstarsze Ochotnicze Straże Pożarne znajdują się w Medyce i Torkach – powstały w 1948 roku, najmłodsze rozpoczęły działalność w 1990 roku w Hurku i Hureczku.

W gminie Medyka aktywnie działa siedem Klubów Sportowych, promując zdrowy tryb życia i proponując mieszkańcom udział w treningach i zawodach sportowych w wielu dyscyplinach, głównie piłce nożnej. Kluby biorą czynny udział w życiu kulturalnym, gospodarczym i społeczno politycznym, współpracują z władzami oświatowymi i szkołami. Organizacją pozalekcyjnego życia sportowego uczniów, angażowaniem ich do

różnorodnych form aktywności ruchowej, gier i zabaw, organizowaniem zajęć sportowych, a także kształtowaniem pozytywnych cech charakteru i osobowości zajmuje się Uczniowski Klub Sportowy „Jagiellonka” w Medyce . Organizacjami działającymi na rzecz mieszkańców są: Stowarzyszenie Mieszkańców Wsi Torki „Nie Tylko Dla Siebie” ; Stowarzyszenie Przyjaciół Ziemi Medyckiej; Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Leszna; Stowarzyszenie „Integracja – Siedliska” oraz Medyckie Koło Kobiet. Główne formy działalności organizacji to inicjowanie działań gospodarczych, kulturalnych i oświatowych. Do celów statutowych organizacji należy również upowszechnianie i organizowanie kultury fizycznej i sportu, przeciwdziałanie patologii społecznej, narkomani i alkoholizmowi, pomoc osobom niepełnosprawnym oraz działanie na rzecz rozwoju wsi, kultury, sztuki, ochrony dóbr kultury i tradycji.

3.2. DIAGNOZA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH – CHARAKTERYSTYKA GRUP SPOŁECZNIE WRAŻLIWYCH

Przedmiotem diagnozy są problemy charakterystyczne dla różnych grup społecznych o różnym stopniu ich dolegliwości takie jak: ubóstwo, bezrobocie, niepełnosprawność, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, starość, uzależnienia, przemoc w rodzinie, bezdomność, które wymagają wszechstronnych działań w celu przeciwdziałania sytuacjom trudnym w życiu jednostek i rodzin i poprawy ich warunków bytowych.

W oparciu o posiadane materiały i informacje ustalono najistotniejsze problemy, z jakimi boryka się Gmina Medyka, do nich należy między innymi:

3.2.1. UBÓSTWO

Ustawa o pomocy społecznej definiuje ubóstwo na podstawie mieszczania się dochodu rodziny lub osoby w tzw. minimum socjalnym. Ośrodek Pomocy Społecznej jest zobowiązany do pomocy osobom i rodzinom, których miesięczny dochód nie przekracza

kwoty określonej w ustawie o pomocy społecznej na podstawie minimum socjalnego. Podstawowym czynnikiem ubóstwa jest bezrobocie. Poziom ubóstwa szczególnie widoczny jest w rodzinach wielodzietnych, rodzinach samotnie wychowujących dzieci oraz w rodzinach utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych (innych niż renta i emerytura). Jednym z najczęstszych powodów przyznawania pomocy przez GOPS w Medyka jest ubóstwo. W 2014 roku 52 % ogółu wszystkich rodzin objętych pomocą, jako główny powód trudnej sytuacji wskazało ubóstwo.

Formy pomocy dla osób ubogich

W celu zminimalizowania skutków ubóstwa, lokalny samorząd realizuje zadania własne i zlecone. W Gminie Medyka instytucją wykonującą zadania należące do właściwości gminy z zakresu pomocy społecznej jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Medyce. Pomoc GOPS realizowana jest poprzez:

- świadczenia niematerialne: praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne, usługi opiekuńcze, zapewnienie schronienia bezdomnym, kierowanie do instytucjonalnych form pomocy,
- kwalifikowanie dzieci na wypoczynek, współorganizowanie przedsięwzięć okolicznościowych,
- świadczenia finansowe: zasiłki stałe, okresowe, celowe i celowe specjalne,
- świadczenia rzeczowe: zapewnienie opału, odzieży i żywności,
- realizacja programów osłonowych, w tym Program „Pomoc Państwa w zakresie dożywiania”,
- aktywne formy pomocy: realizacja instrumentów aktywizacji społeczno-zawodowej.

3.2.2. BEZROBOCIE

Bezrobocie jest problemem złożonym i różnie definiowanym. Szerszą kategorią jest pozostawanie bez pracy lub nieaktywność zawodowa. Są to kategorie szczególnie ważne

z punktu widzenia opisu klientów pomocy społecznej oraz programów adresowanych do nich w ramach tego systemu.

Statystyki dotyczące bezrobocia w znacznym stopniu zniekształcają obraz tego zjawiska głównie ze względu na duży stopień tzw. bezrobocia ukrytego oraz „pracy na czarno”. Bezrobocie obniża standard życia i rozszerza obraz patologii społecznej. Bezpośrednio wpływa na poziom życia rodzin i prowadzi często do:

- dezintegracji rodziny, osłabienia więzi emocjonalnych między członkami rodziny,
- zwiększenia ryzyka zaistnienia patologii życia społecznego,
- utraty poczucia bezpieczeństwa i wpływu na własne życie,
- degradacji ekonomicznej i społecznej.

Bezrobocie jest dotkliwe nie tylko dla osób pozostających bez pracy, lecz także dla ich rodzin. W funkcjonowaniu rodzin dotkniętych bezrobociem dochodzi do poważnych zakłóceń. Negatywne zmiany mogą dotyczyć wszystkich funkcji rodziny. Negatywny wpływ bezrobocia na więź małżeńską niesie ze sobą niebezpieczeństwo osłabienia związków uczuciowych i zaburzenia ról małżeńskich i rodzicielskich. Utrata pracy zawodowej wpływa najczęściej na powstawanie napięć i konfliktów w rodzinie. Z drugiej strony, ograniczenie możliwości materialnego zabezpieczenia rodziny prowadzi do ograniczenia stopnia zaspokojenia podstawowych potrzeb. Bezrobocie rodziców nie stwarza poczucia bezpieczeństwa u dzieci i negatywnie wpływa na ich dalszą edukację. Często prowadzi do rozpadu rodziny i może być zagrożeniem przyjmowania przez dzieci negatywnych wzorców osobowych a w konsekwencji dziedziczenia statusu bezrobotnego. Problem bezrobocia zwłaszcza długotrwałego wymaga stosowania odpowiednich form oddziaływania. Praca socjalna prowadzona przez pracowników socjalnych to w głównej mierze rozbudzanie motywacji do działania ukierunkowanego na aktywne poszukiwanie zatrudnienia i pomoc w planowaniu nowych koncepcji życia zawodowego.

Na sytuację osób bezrobotnych wpływa zarówno wiek jak i poziom wykształcenia. Na dzień 30 września 2015 roku było zarejestrowanych 835 osób bezrobotnych z terenu gminy.

Rynek pracy i bezrobocie.

Analizując ekonomiczną strukturę wiekową mieszkańców gminy Medyka, można zauważyć spadek na koniec 2014 roku w odniesieniu do 2010 roku liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym – grupa mieszkańców w wieku do lat 17 zmniejszyła się o

116 osób. Najliczniejszą grupę stanowią mieszkańcy w wieku produkcyjnym (65,5% populacji), których ilość zwiększyła się w ciągu czterech lat o 135 osób. Struktura wiekowa mieszkańców gminy odzwierciedla ogólną sytuację występującą na terenie powiatu przemyskiego – pomimo zwiększającej się ilości mieszkańców i występującego w kilku gminach wzrostu przyrostu naturalnego, postępuje spadek ilości osób w wieku przedprodukcyjnym i wzrost ludności w wieku poprodukcyjnym. Utrzymanie się obecnej tendencji tak na terenie gminy jak i powiatu niekorzystnie rokuje na przyszłość i w perspektywie kilkunastu lat będzie skutkowało szybszym starzeniem się społeczeństwa.

Tabela 2. Struktura ludności gminy Medyka wg ekonomicznych grup wiekowych

Grupa ludności	w wieku przedprodukcyjnym		w wieku produkcyjnym		w wieku poprodukcyjnym	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Ilość osób	1 421	1 305	4 121	4 256	851	937
Udział % w ludności ogółem	22,2	20,1	64,5	65,5	13,3	14,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL

Przygraniczne położenie gminy Medyka powoduje, że wiele osób z jej terenu znalazło zatrudnienie w instytucjach i firmach, których działalność jest związana z przejściem granicznym Medyka – Szeginie.

Do najważniejszych przedsiębiorstw działających na terenie Gminy i tworzących miejscowy rynek pracy należy zaliczyć:

1. Punkt Przeładunkowy Medyka (PKP)
2. „POLCARGO” Medyka Sp. z o.o.
3. „Chem Trans Logistic Południe” Sp. z o.o.
4. Zakład Eksploatacji Kruszywa i Robót Geologicznych „KRUSZGEO” S.A. Rzeszów – Zakład Hureczko
5. Wytwórnia Mas Bitumicznych w Siedliskach – Przemyskie Przedsiębiorstwo Robót Drogowych
6. Przedsiębiorstwo Polsko – Niemieckie „BADER-POL” w Hureczku

7. Railport Medyka P.S.TRADE TRANS Sp. z o.o.
8. Centrum Handlowe Granica S.C.
9. Gminna Spółdzielnia „Samopomoc Chłopska”
10. Prywatne Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia i Zbytu Bogdan Boryło

Analizując dane z lat dotyczące liczby osób pracujących z terenu gminy Medyka można zauważyć, iż od roku 2011 liczba osób zatrudnionych się zmniejsza, z tym, że spadek bardziej dotyczy mężczyzn niż kobiet.

Tabela 3. Pracujący na terenie gminy Medyka w latach 2010 - 2014

Lata	Ogółem	w tym kobiety	w tym mężczyźni
2010	1091	389	702
2011	1150	437	713
2012	1138	426	712
2013	1131	443	688
2014	1059	423	636

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL

Bardzo duży wpływ na sytuację społeczną na terenie gminy Medyka ma zjawisko bezrobocia. Przeprowadzona po 1989 roku restrukturyzacja gospodarki przejawiająca się likwidacją dużej liczby zakładów pracy w powiecie przemyskim w których zatrudniona była część mieszkańców gminy, skutkowało pojawieniem się długotrwałego i strukturalnego bezrobocia. W konsekwencji nastąpił wzrost ubóstwa prowadzący często do powstawania negatywnych zjawisk, takich jak np. wykluczenie społeczne.

Udział zarejestrowanych osób bezrobotnych w liczbie ludności w wieku produkcyjnym na koniec 2014 roku według danych GUS był na terenie gminy równy średniej dla powiatu przemyskiego i wyniósł 11,5%, notując spadek w porównaniu 2010 rokiem o 1,8%.

Tabela 4. Udział zarejestrowanych bezrobotnych mieszkańców gminy Medyka w liczbie ludności na tle powiatu przemyskiego według płci.

Jednostka terytorialna	Ogółem		kobiety		mężczyźni	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Gmina Medyka	13,3%	11,5%	12,5%	11,5%	14,0%	11,4%
Powiat przemyski	12,4%	11,5%	13,1%	12,0%	11,8%	11,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL

Według opublikowanych danych przez Powiatowy Urząd Pracy w Przemyślu, na koniec września 2015 roku zarejestrowanych było 399 bezrobotnych mieszkańców gminy Medyka, w tym 205 kobiet (51,4%), z czego prawo do zasiłku posiadało tylko 56 osób (w tym 25 kobiet). Wśród zarejestrowanych bezrobotnych aż 97 mieszkańców (64 kobiety) jest osobami dotychczas niepracującymi, natomiast 20 osób (w tym 7 kobiet) zostały zwolnione z przyczyn dotyczących zakładu pracy, z których 10 (3 kobiety) posiada prawo do zasiłku. W grupie bezrobotnych 135 osób (66 kobiet) jest bez kwalifikacji zawodowych a 127 osobom (79 kobietom) brakuje doświadczenia zawodowego.

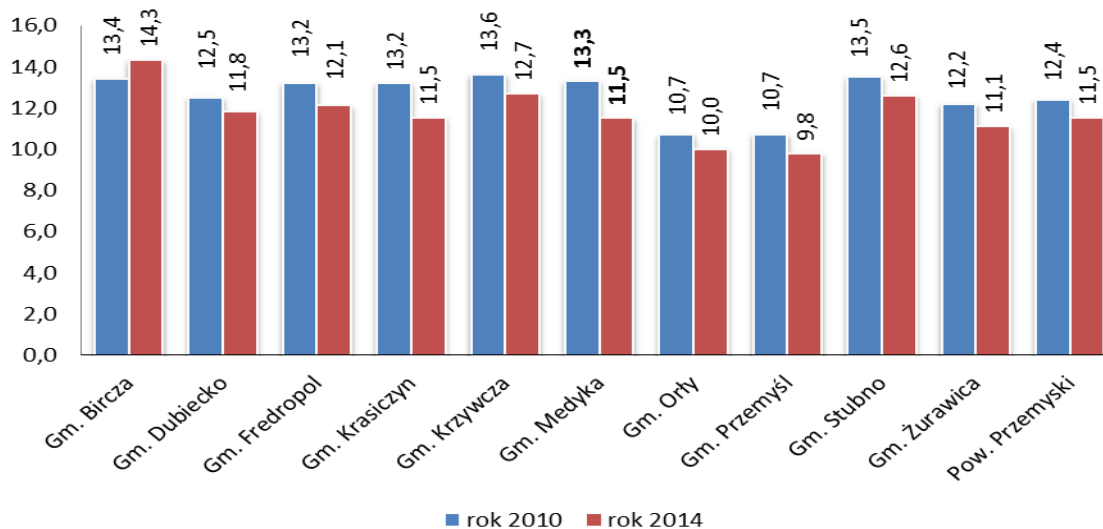
Według stanu na koniec września 2015 na terenie gminy najwięcej bezrobotnych było w wieku od 25 do 34 lat (135 osób, tj. 33,8% ogółu bezrobotnych) oraz w wieku 35 - 44 lata (88 osób, tj. 22,1%).

Tabela 5. Bezrobotni w gminie Medyka wg wieku (stan na dzień 30.09.2015 roku)

Wiek	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 59	60 i więcej
Ogółem	62	135	88	75	30	9
w tym kobiety	30	82	41	38	13	1

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Przemyślu

Wykres 1. Udział zarejestrowanych bezrobotnych mieszkańców gminy Medyka w liczbie ludności na tle gmin i powiatu przemyskiego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL

Analiza czasu pozostawania bez pracy w zależności od wieku pokazuje, że najtrudniej jest znaleźć zatrudnienie osobom po 60 roku życia – aż 6 osób (66,7%) pozostaje bez pracy dłużej niż 12 miesięcy. Kolejnymi grupami wiekowymi, którym bardzo trudno znaleźć pracę są przedziały 35 – 44 lata oraz najliczniej reprezentowany 25 – 34 lata – bez pracy dłużej niż rok od rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy pozostaje odpowiednio 50% i 45,9% bezrobotnych. Największą grupę wśród zarejestrowanych bezrobotnych w gminie Medyka według wykształcenia stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (32,1%) oraz gimnazjalnym i niższym (26,3%). Nieco mniej liczebną kategorią wśród bezrobotnych były osoby legitymujące się wykształceniem policealnym i średnim zawodowym (19,3%). Najmniejszy udział w populacji bezrobotnych stanowiły osoby z wykształceniem średnim ogólnokształcącym (11,3%) oraz wyższym (11,0%).

Tabela 6. Bezrobotni w gminie Medyka wg wykształcenia (stan na dzień 30.09.2015 roku)

Wykształcenie	wyższe	policealne i średnie zawodowe	średnie ogólnokształcące	zasadnicze zawodowe	gimnazjalne i poniżej	Razem

Ogółem	44	77	45	128	105	399
w tym kobiety	31	44	24	54	52	205

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Przemyślu

Po zarejestrowaniu się w Powiatowym Urzędzie Pracy najszybciej zatrudnienie podejmują osoby z wykształceniem średnim ogólnokształcącym oraz wyższym (odpowiednio 31,1% oraz 34,1% pozostaje bez pracy powyżej 12 miesięcy). Najtrudniejszą sytuację na rynku pracy mają osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym – aż 59,0% nie znajduje pracy w okresie pierwszych 12 miesięcy.

Ze względu na staż pracy, najliczniejszą grupę bezrobotnych tworzą ludzie bez doświadczenia zawodowego i ze stażem pracy nie przekraczającym 1 roku. Na koniec września 2015 roku takich osób było 162 (40,6% zarejestrowanych). Najmniej jest bezrobotnych z ponad 30-letnim stażem pracy (11 osób – 2,8%)

Tabela 7. Bezrobotni w gminie Medyka wg stażu pracy (stan na dzień 30.09.2015 roku)

Staż pracy	bez stażu	do 1 roku	1 - 5 lat	5 - 10 lat	10 - 20 lat	20 - 30 lat	30 i więcej
Ogółem	97	65	95	40	59	32	11
w tym kobiety	64	39	43	20	23	14	2

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Przemyślu

Analizując strukturę bezrobocia w gminie Medyka ze względu na staż pracy można jednoznacznie stwierdzić, że najtrudniej jest zdobyć pracę osobom bez lub z krótkim stażem pracy do 1 roku – aż 46,9% osób należących do tej grupy pozostaje bez pracy ponad 12 miesięcy.

Niepokojącym zjawiskiem występującym na terenie gminy jest, niezależnie od wieku, wykształcenia czy stażu pracy, wysoki procent mieszkańców długotrwale bezrobotnych –

43,9% zarejestrowanych (175 osób, w tym 106 kobiet) pozostaje bez pracy od ponad 12 miesięcy od dnia rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy i aż 62,2% (248 osób, w tym 135 kobiet) pozostaje bez pracy przez co najmniej 12 miesięcy w ciągu ostatnich dwóch lat.

W poniższej tabeli została przedstawiona ilość osób bezrobotnych z terenu gminy Medyka będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy.

Tabela 8. Osoby będące w szczególnej sytuacji na rynku pracy (stan na dzień 30.09.2015 roku).

Wyszczególnienie		Razem zarejestrowani		w tym z prawem do zasiłku	
		razem	kobiety	razem	kobiety
Ogółem		348	180	34	13
w tym	do 30 roku życia	129	68	11	5
	powyżej 50 roku życia	79	37	15	5
	długotrwale bezrobotne	248	135	1	0
	korzystający ze świadczeń pomocy społecznej	0	0	0	0
	posiadający co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia	64	45	10	4
	posiadający co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia	1	1	1	1
	niepełnosprawni	25	12	5	2

Źródło: Powiatowy Urząd Pracy w Przemyślu

Warto zaznaczyć, że w walce z bezrobociem znaczącą rolę odgrywa Powiatowy Urząd Pracy. Oferta działań adresowanych do bezrobotnych jest duża. Obejmuje między innymi: szkolenia, doradztwo zawodowe, pośrednictwo pracy, staże, prace interwencyjne, roboty publiczne, prace społecznie użyteczne, jednorazową pomoc na podjęcie działalności gospodarczej.

Działania gminy w zakresie walki z bezrobociem obejmują głównie:

- tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi gospodarczemu gminy i przedsiębiorczości mieszkańców,
- organizowanie prac interwencyjnych i robót publicznych.

Aktywizacja zawodowa i łagodzenie skutków bezrobocia

W ostatnich latach ważnym elementem w aktywizacji zawodowej i społecznej osób długotrwale pozostających bez pracy stały się projekty systemowe współfinansowane ze środków unijnych, realizowane w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 – 2013. Dzięki możliwościom korzystania z funduszy unijnych pojawiła się szansa na rozwój pomocy społecznej, zwłaszcza w odniesieniu do osób pozostających bez pracy, którym stwarza się możliwość uczestnictwa w różnych instrumentach aktywnej integracji. Mają one pomóc w przezwyciężeniu barier zawodowych, zdrowotnych, edukacyjnych i społecznych w dostępie do zatrudnienia i usług społecznych.

W okresie od 2009 do 2015 z różnych form wsparcia w ramach aktywnej integracji skorzystały łącznie 73 osoby niepracujące, będące w wieku aktywności zawodowej, świadczeniobiorców pomocy społecznej.

W ramach aktywnej integracji realizowano projekt systemowy „Czas na aktywność w gminie Medyka”, który współfinansowany był ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt realizowany był przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Medyce w okresie od 2009 roku do 30 czerwca 2015 roku.

Głównym celem projektu było przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu beneficjentów, poprzez stworzenie sprawnego systemu umożliwiającego osobom i ich rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych.

W latach 2009-2015 w ramach projektu „Czas na aktywność w gminie Medyka” przeprowadzone zostały następujące formy szkolenia:

2009 r.:

- Terapia psychologiczna – indywidualna;
- Trening Kompetencji i Umiejętności Społecznych,
- Trening Kompetencji i Umiejętności Podstawowych,
- Trening Pracy;

2010 r.: Szkolenia zawodowe:

- Opiekun osób starszych i chorych.
- Operator koparko – ładowarki;
- Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej i fakturowaniem;
- Kierowca wózków jezdniowych z napędem silnikowym;
- Kucharz z obsługą małej gastronomii
- Indywidualne doradztwo zawodowe
- Indywidualne doradztwo psychologiczne;
- Metody Aktywnego poszukiwania Pracy
- Warsztaty kompetencji zawodowych

2011 r.:

- Indywidualne doradztwo zawodowe
- Trening motywacyjny
- Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy
- Szkolenie zawodowe: ocieplanie budynków z uprawnieniami montażysty rusztowań budowlanych
- Kelner – barman;
- Wizażystka ze stylizacją paznokci
- Bukieciarstwo;
- Przedstawiciel handlowy z prawem jazdy kat. B
- Technolog robót wykończeniowych w budownictwie z uprawnieniami montażysty rusztowań budowlanych

2012 r.:

- Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy
- Trening motywacyjny
- Szkolenie zawodowe: kosmetyczka z elementami wizażu, opiekun osób starszych i dzieci,

- sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej i fakturowaniem,
- przedstawiciel handlowy z prawem jazdy kat. B;
- operator wózka widłowego;

2013 r.: szkolenia zawodowe:

- Przedstawiciel handlowy z prawem jazdy kat. B, spawacz,
- sprzedawca z obsługą kas fiskalnych i fakturowaniem ,
- palacz c.o. (gazowy) + uprawnienia E,
- kucharz z obsługą małej gastronomii,
- kierowca wózków jezdniowych z napędem silnikowym;
- Trening interdyscyplinarny
 - Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy

2014 r.:

- staż
- Trening interdyscyplinarny
- Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy
- Kursy zawodowe: palacz c.o. . (gazowy) +_ uprawnienia E, . (gazowy) + uprawnienia E,
- fryzjer, sprzedawca z obsługą kas fiskalnych i fakturowaniem

2015 r.:

- Trening interdyscyplinarny
- Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy
- Kursy zawodowe: palacz c.o. . (gazowy) +_ uprawnienia E, . (gazowy) + uprawnienia E,
- Przedstawiciel handlowy z prawem jazdy kat. B.

Podsumowując funkcjonowanie projektu „Czas na aktywność w gminie Medyka” należy podkreślić jego duży wkład w redukcję negatywnych aspektów bezrobocia występującego na naszym terenie. Istotne jest to, że poprzez wdrażane działania, uczestnicy sami mocno angażowali się w projekt wykazując inicjatywę w doborze dalszej ścieżki kariery. Dla wielu była to też sposobność podjęcia na nowo aktywności zawodowej.

Poza projektami systemowymi na terenie Gminy Medyka realizuje się szereg projektów konkursowych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa adresowanych do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Wsparcie w uzyskaniu nowych umiejętności, kompetencji społecznych i zawodowych niezbędnych na otwartym rynku pracy otrzymało 72 osoby. Działania takie stwarzają realną szansę nie tylko wzrostu mobilności mieszkańców terenów wiejskich na pozarolniczym rynku pracy, ale również przyczyniają się do zmiany mentalności i podniesienia własnej samooceny.

3.2.3 NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Jednym z ważniejszych problemów współczesnego świata jest niepełnosprawność. Wiąże się to z powszechnością i rozmiarem tego zjawiska. Z niepełnosprawnością wiąże się niejednokrotnie tzw. niepełnosprawność społeczna, czyli niemożność pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Zauważa się systematyczny wzrost liczby osób niepełnosprawnych na terenie gminy. Ma to również odzwierciedlenie w liczbie korzystających z pomocy społecznej. Najczęstszymi problemami, z jakimi spotykają się w swojej codziennej egzystencji osoby niepełnosprawne to:

- utrudniony dostęp do leczenia i rehabilitacji,
- utrudnienia architektoniczne i komunikacyjne,
- pogarszanie się sytuacji ekonomicznej,
- bariery psychologiczne,
- izolacja społeczna.

Z pomocy społecznej korzystają również osoby niepełnosprawne. W okresie od stycznia do końca września 2015 roku osób niepełnosprawnych na terenie gminy było 85.

Tabela 9 .Liczba osób niepełnosprawnych korzystających z pomocy społecznej na terenie gminy Medyka.

Miejscowość	Ilość osób
Medyka	33
Torki	14

Leszno	10
Hurko	5
Hureczko	3
Siedliska	12
Jaksmanice	8

Źródło: Urząd Gminy w Medyce

Osoby niepełnosprawne napotykają liczne przeszkody związane z samodzielnym funkcjonowaniem. Formułując kierunki polityki społecznej Gminy Medyka należy pamiętać o prowadzeniu szeroko zakrojonych działań, których celem jest przeciwdziałanie społecznemu wykluczeniu osób niepełnosprawnych, prowadzących do większej ich aktywności zawodowej i społecznej. Problem osób niepełnosprawnych w gminie jest bliski zarówno pracownikom samorządowym jak i społeczności lokalnej. Tym problemem na terenie gminy zajmują się głównie: GOPS, organizacje pozarządowe, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu. Działania tych podmiotów zmierzają do zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych, rehabilitacji, likwidacji barier architektonicznych, a także działań integrujących osoby niepełnosprawne ze społecznością lokalną.

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Medyce wraz z instytucjami i organizacjami pozarządowymi podejmuje działania zmierzające do wyrównywania szans i integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz umożliwiania im aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, zawodowym i wspieraniu ich rodzin.

Dostępność infrastruktury

Gmina Medyka, uwzględniając prawa osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, w celu udostępnienia administrowanych przez siebie obiektów, likwiduje (w miarę możliwości finansowych) bariery architektoniczne.

3.2.4 PROBLEMY OPIEKUŃCZO – WYCHOWAWCZE

Bezradność osób w sprawach opiekuńczo-wychowawczych jest jednym z ważniejszych problemów dotyczących w głównej mierze rodzin o niskim statusie społecznym i niskiej świadomości wychowawczej, o zaburzonych relacjach małżeńskich. Wśród wielu zewnętrznych czynników zagrażających prawidłowemu funkcjonowaniu rodziny, na pierwszy plan wysuwają się bezrobocie i ubóstwo. Bezrobocie stanowi główne uwarunkowanie wykluczenia społecznego i zaburza wypełnianie ekonomicznej funkcji rodziny. Rodzice skupiając się na zaspakajaniu najbardziej podstawowych potrzeb, nie są w stanie zaspokoić potrzeb wyższego rzędu, a to z kolei hamuje rozwój jej członków. Długotrwałe pozostawanie bez pracy najczęściej prowadzi do narastania wewnętrznych konfliktów w rodzinie, różnego typu uzależnień, przemocy domowej, pogorszenia stosunków między jej członkami a tym samym jest przyczyną nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny.

Polityka społeczna zajmuje się dziećmi jako grupą wymagającą szczególnej troski i ochrony. Działalność wielu instytucji i podmiotów skupia się przede wszystkim na ochronie ich praw, wyrównywaniu szans życiowych poprzez ułatwianie dostępu do edukacji, służby zdrowia, wypoczynku.

Dane statystyczne Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Medyce wskazują, że liczba rodzin wspomaganych z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego od roku 2010 do 2014 kształtowała się na różnym poziomie, aczkolwiek trudno określić jednoznaczną tendencję na przestrzeni badanego okresu. Wynika to w dużej mierze z faktu, że rodziny mogą mieć wiele sprzężonych ze sobą problemów (ubóstwo, bezrobocie, alkoholizm i inne), upoważniających je do otrzymywania świadczeń określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Tabela 10. Pomocą społeczną z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych objęto w 2014 roku 268 rodzin.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2014
Rodziny objęte pomocą społeczną (ogółem)	311	466	483	268
Bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych, w tym:	140	119	40	42
Rodziny niepełne	34	24	24	34
Rodziny wielodzietne	71	61	2	2

Formy działań na rzecz rozwiązywania problemów opiekuńczo-wychowawczych:

- udzielenie kompleksowego wsparcia rodziny i jej funkcjach wychowawczych opiekuńczych i socjalnych,
- realizacja rządowych programów osłonowych,
- powadzenie kart dużej rodziny,
- udzielanie pomocy finansowej i rzeczowej rodzinom,
- udzielenie pomocy w formie posiłku lub zasiłek celowy na zakup posiłku,
- przeciwdziałanie uzależnieniu od pomocy społecznej,
- stworzenie możliwości korzystania przez dzieci i rodziców z pomocy psychologicznej,
- edukacja rodziców w pełnieniu ról w rodzinie,
- prowadzenie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży,
- promowanie i organizowanie różnych form integracji rodzin realizacja programów wspierających rodziny,
- nawiązanie partnerstwa o zasięgu lokalnym w zakresie wsparcia rodzin,
- stworzenie systemu pomocy rodzinie w sytuacji kryzysowej i traumatycznej,
- organizowanie wypoczynku dla dzieci i młodzieży.

3.2.5 PRZEMOC W RODZINIE

Przemoc domową, zwaną też przemocą w rodzinie, można najogólniej zdefiniować jako zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste powodując cierpienie i szkody. Najczęściej przyczyną przemocy i agresji w rodzinie jest: alkoholizm, konflikty rodzinne, destrukcja podstawowych funkcji rodziny, rozwody, upadek dobrych obyczajów w rodzinach. Przemoc w rodzinie powoduje łamanie norm moralno-prawnych, zastraszanie dzieci, agresje, depresje i choroby psychiczne. Ofiarami przemocy są zazwyczaj kobiety i dzieci, rzadziej mężczyźni. W stosunku do dzieci przemoc stosują zazwyczaj obydwój rodzice. Oboje są sprawcami zaniedbań, jednak z opinii pracowników socjalnych wynika, że w większym stopniu to mężczyźni zostawiają rodziny, unikając łożenia na ich utrzymanie i odpowiedzialności za wychowanie dzieci.

Pomoc ofiarom przemocy w rodzinie wymaga zintegrowanego działania wielu instytucji i podmiotów wykonujących zadania z tego zakresu. Analiza danych zgromadzonych w GOPS pozwala stwierdzić, że poziom korzystania z pomocy społecznej przez rodziny

dotknięte przemocą jest duży. W latach 2010 – 2014 łącznie 104 rodziny z Gminy Medyka korzystało z dostępnych form pomocy z powodu przemocy. Przemoc w rodzinie to wciąż temat tabu, dlatego ofiarom przemocy tak trudno uzyskać fachową pomoc. Również dlatego dane statystyczne daleko odbiegają od rzeczywistej liczby i skali zjawiska.

Formy działań na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Pomoc ofiarom przemocy ułatwiają działania w ramach procedury „Niebieskiej Karty”, która jest wypełniana przez funkcjonariusza policji, pracownika socjalnego, przedstawiciela ośrodka zdrowia lub oświaty. Pomaga w prowadzeniu działań prewencyjnych wobec rodziny, w której dochodzi do przemocy.

Dokumentacja „Niebieskiej Karty” jest wykorzystywana i stanowi podstawę przy kierowaniu sprawy na drogę postępowania sądowego. Uchwałą Rady Gminy Medyka Nr IV/17/14 z dnia 30.12.2014 r. został uchwalony Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Gminie Medyka na lata 2015-2018.

Powołano Zespół Interdyscyplinarny, którego głównym zadaniem jest tworzenie gminnego systemu pomocy ofiarom przemocy domowej przy współpracy różnych osób, instytucji i organizacji. Podejmowane działania w ramach Zespołu służą zwiększeniu świadomości społecznej na temat przemocy domowej.

3.2.6 UZALEŻNIENIA

Alkoholizm to zjawisko, które dotyka wielu mieszkańców Gminy Medyka w różnym wieku, niezależnie od miejsca zamieszkania, płci, wykształcenia. Nadużywanie alkoholu prowadzi do dezintegracji rodziny, jest przyczyną przemocy domowej, sprzyja powstawaniu nieformalnych grup społecznych stanowiących zagrożenie dla ładu i bezpieczeństwa publicznego.

Podstawą prawną działań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych jest ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Tabela 11. Szacunkowa liczba osób uzależnionych i współuzależnionych na terenie gminy objęta wsparciem została zaprezentowana w poniższej tabeli.

Wyszczególnienie	2014	2015
Liczba osób zgłoszonych na Komisję	16	18

Liczba osób, które zgłosiły się na wezwanie	12	14
Liczba osób, które podjęły leczenie dobrowolnie	1	2
Liczba osób skierowanych na przymusowe leczenie	9	11
Liczba osób korzystających z różnych form terapii	2	3
Liczba dzieci korzystających z programów profilaktycznych w szkołach	410	398
Liczba dzieci korzystających z różnych form wypoczynku	10	15

Problem narkomanii:

Aby uwrażliwić problemy wynikające z narkomanii prowadzone są w szkołach specjalne programy i kampanie społeczne dotyczące szkodliwości używek i środków psychoaktywnych. Ponadto w Gminie realizowany jest Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii.

3.2.7 SYTUACJA OSÓB STARSZYCH

W związku z postępującym procesem starzenia się ludności naszego kraju następuje systematyczny wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Analogiczną sytuację można zaobserwować w gminie. Osoby w wieku poprodukcyjnym stanowią 14,4 % ogółu mieszkańców. Zgodnie z prognozą ludności odsetek osób w tej grupie wzrośnie do 21% w 2035 roku. Zwiększać się też będzie zapotrzebowanie na usługi opieki instytucjonalnej. Zamieszczona poniżej tabela przedstawia strukturę ludności ze względu na ekonomiczne grupy wieku mieszkańców Gminy Medyka.

Tabela 12. Struktura wieku mieszkańców Gminy Medyka według grup ekonomicznych w 2014 r.

Grupa ludności	w wieku przedprodukcyjnym		w wieku produkcyjnym		w wieku poprodukcyjnym	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Ilość osób	1 421	1 305	4 121	4 256	851	937
Udział % w ludności	22,2	20,1	64,5	65,5	13,3	14,4

ogółem						
--------	--	--	--	--	--	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL

W pomocy społecznej dąży się do tego, aby działania podejmowane dla tej grupy osób przyczyniały się do większej aktywności, samodzielności i utrzymania kondycji psychofizycznej osób starszych na jak najwyższym poziomie. W większym zakresie wykorzystanie zasobów intelektualnych i twórczych osób starszych do aktywizacji środowiska lokalnego.

3.2.8 BEZDOMNOŚĆ

Zjawisko bezdomności w Gminie Medyka nie jest statystycznie problemem ilościowo istotnym. Obecnie (w 2014 roku) nie dotyka mieszkańców gminy. Główną przyczyną jest alkohol. Jednak jest to problem społeczny, trudny do rozwiązania. Wyróżnić można bezdomnych z „przymusu” i z „wyboru”. Bezdomni z wyboru – to osoby o specyficznych predyspozycjach osobowościowych, które nie pozwalają im nigdzie osiedlić się na stałe, zadomowić.

Bezdomni z przymusu – to osoby, które ze względów osobistych i ekonomicznych są bezdomne.

Osoba bezdomna nie jest w stanie usamodzielnąć się bez właściwego wsparcia ze strony pomocy społecznej. Brak stałego miejsca zameldowania praktycznie pozbawia osobę bezdomną szans na znalezienie zatrudnienia, a tym samym zdobycie środków na samodzielne życie. Obowiązkiem Gminy wynikającym z ustawy o pomocy społecznej jest zapewnienie osobie bezdomnej: schronienia, gorącego posiłku i odzieży dostosowanej do pory roku. Brak wystarczającej bazy lokalowej (schroniska dla bezdomnych, noclegowni) na terenie gminy i powiatu przemyskiego ujawnia ten problem szczególnie w okresie zimowym. Wówczas osoby bezdomne kierowane są do schronisk i noclegowni na terenie województwa podkarpackiego. Bezdomność najczęściej dotyczy mężczyzn w wieku produkcyjnym. Osoby bezdomne którym udzielono wsparcia, przebywające na terenie gminy, prezentuje poniżej zamieszczona tabela.

Tabela 12. Osoby bezdomne na terenie gminy Medyka.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
------------------	------	------	------	------	------

Bezdomni ogółem, w tym:	0	3	4	3	3
Kobiety	0	0	0	0	0
Mężczyźni	0	3	4	3	3

3.3 IDENTYFIKACJA NAJISTOTNIEJSZYCH PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH W GMINIE

3.3.1 IDENTYFIKACJA OBSZARÓW PROBLEMOWYCH

Długość kształcenia szkolnego oraz jakość tego kształcenia:

- ogólny poziom wykształcenia mieszkańców;
- czas, który poświęcony jest rozwojowi fizycznemu;
- ogólny poziom rozwoju fizycznego;
- czas poświęcony na rozwój emocjonalny oraz duchowy;
- opieka nad dziećmi.

Ochrona zdrowia:

- przeciętna długość trwania życia mieszkańców;
- umieralność niemowląt;
- dzietność rodzin;
- udział niepełnosprawnych;
- zachorowalność, również na choroby przewlekłe i choroby cywilizacyjne;
- dostęp do otwartego oraz zamkniętego leczenia;
- patologiczne zagrożenia zdrowia i życia;
- ogólny styl życia.

Pomoc społeczna i polityka prorodzinna, a także jakość zamieszkania (w tym potrzeba schronienia i wyżywienia):

- ogólna skala zapotrzebowania na pomoc społeczną;
- postawy potrzebujących, którzy korzystają z pomocy społecznej;
- dyskryminacja osób z dysfunkcjami;
- przeciętna wielkość oraz standard mieszkań;
- możliwość do samodzielnego zamieszkiwania;

- szacowana skala bezdomności.

Kultura:

- dostęp do różnej oferty kulturalnej;
- poziom biernego uczestnictwa w kulturze;
- poziom czynnego uczestnictwa w kulturze;

Rozwiązywanie problemów alkoholowych, narkomanii oraz bezpieczeństwo:

- stopień zagrożenia przestępczością;
- stopień zagrożenia spokoju społecznego;
- zagrożenia powiązane z komunikacją;
- zagrożenia różnorodnymi zdarzeniami losowymi;
- alkoholizm oraz narkomania.

Kontakty społeczne oraz aktywność społeczna:

- stopień integracji lokalnych społeczności;
- stopień ich zorganizowania;
- tolerancyjność;
- lojalność grupowa;
- ofiarność;
- skala możliwości oddziaływania na otoczenie materialne oraz społeczne;
- stopień możliwości aktywności zawodowej;
- dostęp do możliwości innej aktywności pozazawodowej.

3.3.2 STAN I MOŻLIWOŚCI POMOCY SPOŁECZNEJ

Pomoc społeczna

Działania z zakresu pomocy społecznej na terenie Gminy Medyka realizuje Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej. Celem działania GOPS jest pomoc mieszkańcom gminy w przezwyciężeniu trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać we własnym zakresie. Do kluczowych zadań GOPS - u należy:

Rozpoznawanie i analizowanie sytuacji życiowej mieszkańców,

Zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w odpowiednich warunkach,

Zapobieganie powstawaniu sytuacji i zjawisk powodujących konieczność objęcia osób i rodzin pomocą.

Jednym z ważniejszych priorytetów pomocy społecznej jest pomoc osobom i rodzinom, które znalazły się w trudnej sytuacji oraz rodzinom dysfunkcyjnym. Do najpilniejszych zadań w tym zakresie należy przeciwdziałanie biedzie, bezrobociu. Pomoc ta musi pozwalać na wyprowadzanie rodzin z trudnej sytuacji życiowej i zapobiegać ich marginalizacji. Służyć temu mają różnorodne formy aktywizacji zawodowej, skierowane szczególnie do zagrożonych bezrobociem. Gmina udziela także pomocy rodzinom najuboższym w formie zasiłków na refundacje posiłków dla dzieci szkolnych, dodatki mieszkaniowe. Ośrodek finansuje także zasiłki stałe, zasiłki okresowe, macierzyńskie, rodzinne i pielęgnacyjne.

W okresie od dnia 1 stycznia 2015 do dnia 30 września 2015 roku Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej na podstawowe formy pomocy przeznaczył łączną kwotę w wysokości 269 156,51 złotych.

W poniższej tabeli zestawiono podział w/w kwoty na formy pomocy według poszczególnych miejscowości gminy.

Tabela 14. Wykaz form, kwot i ilości osób objętych pomocą społeczną w gminie Medyka

Forma pomocy	Miejscowość	Liczba osób	Kwota pomocy
Zasiłki stałe	Medyka	13	44 797,73
	Torki	3	5 671,96
	Leszno	2	2 748,96

	Hurko	2	4 187,50
	Hureczko	1	1 587,00
	Siedliska	3	13 225,00
	Jaksmanice	3	10 048,85
	Razem	27	82 267,00
Zasilki okresowe	Medyka	12	11 009,92
	Torki	5	2 953,16
	Leszno	3	1 712,02
	Hurko	0	-
	Hureczko	3	1 540,08
	Siedliska	9	5 545,37
	Jaksmanice	4	2 337,85
	Razem	36	25 098,40
Zasilki celowe	Medyka	50	14 554,00
	Torki	16	4 215,00
	Leszno	18	3 950,00
	Hurko	14	3 450,00
	Hureczko	7	2 080,00
	Siedliska	17	6 060,00
	Jaksmanice	9	2 130,00

	Razem	131	36 439,00
Zasiłki celowe na zakup żywności	Medyka	34	3 225,00
	Torki	26	2 025,00
	Leszno	7	431,00
	Hurko	7	424,00
	Hureczko	13	1 002,00
	Siedliska	20	1 228,00
	Jaksmanice	6	456,00
	Razem	113	8 791,00
Dożywianie dzieci	Medyka	61	20 833,00
	Torki	31	12 500,50
	Leszno	26	11 405,40
	Hurko	18	5 519,42
	Hureczko	14	5 543,58
	Siedliska	19	6 251,50
	Jaksmanice	20	5 946,41

	Razem	189	67 999,81
Usługi opiekuńcze	Medyka	4	11 755,40
	Torki	3	8 816,55
	Leszno	0	-
	Hurko	2	5 877,70
	Hureczko	0	-
	Siedliska	2	5 877,70
	Jaksmanice	2	5 877,70
	Razem	13	38 205,05
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	Medyka	1	4 750,00
	Torki	0	-
	Leszno	1	1 634,00
	Hurko	0	-
	Hureczko	0	-
	Siedliska	0	-
	Jaksmanice	0	-

	Razem	2	6 384,00
Odpłatność za schronisko dla bezdomnych	Medyka	1	3 730,25
	Torki	1	242,00
	Leszno	0	-
	Hurko	0	-
	Hureczko	0	-
	Siedliska	0	-
	Jaksmanice	0	-
	Razem	2	3 972,25

Źródło: Urząd Gminy w Medyce

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej realizuje ponadto zadania w zakresie usług opiekuńczych dla osób, które z uwagi na samotność, zły stan zdrowia i podeszły wiek nie mają możliwości samodzielnie funkcjonować. Usługi świadczone przez opiekunki socjalne zatrudnione w GOPS mają na celu udzielenie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną oraz zalecaną przez lekarza pielęgnację.

Pod względem infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej wyraźnie widać dominację miasta Przemyśla, stanowiącego centrum medyczne dla całego powiatu.

W Gminie Medyka opiekę zdrowotną mieszkańcom zapewnia Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „HIPOKRATES”. Dodatkowo w miejscowości istnieje apteka, gabinet rehabilitacyjny oraz Punkt Laboratoryjny. Służba zdrowia, zarówno placówki jak i personel w pełni zabezpieczają podstawową opiekę mieszkańcom. Specjalistyczną opiekę zdrowotną mieszkańcom zapewniają również przychodnie i szpitale w Przemyśle.

Tabela 16. Dane o korzystających z pomocy społecznej

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Świadczenia przyznane w ramach zadań własnych – ogółem					
Liczba osób, którym decyzją przyznano świadczenie	440	466	483		454
Liczba rodzin ogółem	311	268	254		2667
Liczba osób w rodzinach	1202	1043	935		871
Świadczenia przyznane w ramach zadań zleconych – ogółem					
Liczba osób, którym decyzją przyznano świadczenie	0	0	0		1
Liczba rodzin	0	0	0	0	1
Liczba osób w rodzinach	0	0	0	0	3

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego – ogółem					
razem	140	11	40		42
w tym:	34	24	24		34
rodziny niepełne					
rodziny wielodzietne	71	61	2		2
przemoc w rodzinie	17	5	5		0
potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	0	0	0		0
alkoholizm	30	31	41		33
narkomania	0	0	0		0
trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	5	2	4		5
trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą	0	0	0		0
zdarzenie losowe	2	1	4		1
sytuacja kryzysowa	7	2	5		0
klęska żywiołowa lub ekologiczna	0	0	0		0

Rozwiązywanie problemów społecznych to wprowadzenie optymalnych sposobów reagowania w celu przeciwdziałania negatywnym zjawiskom i minimalizowania ich skutków wśród społeczności Gminy Medyka.

Partnerzy i współpraca

Rozwiązywaniem problemów społecznych w Gminie Medyka zajmują się jednostki publiczne, samorządowe, jak i niepubliczne, np. organizacje pozarządowe, stowarzyszenia, fundacje, Kościoł i organizacje kościelne. Instytucje oferujące pomoc i wsparcie na terenie Gminy Medyka, to:

- Ochotnicze Straże Pożarne,
- Koła Gospodyń Wiejskich,

- Organizacje pozarządowe.

Podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego są ważnym elementem spajającym i aktywizującym społeczność lokalną. Dla bieżącej pracy podmiotów prowadzących tę działalność istotne znaczenie ma zarówno wymiana doświadczeń, jak również współpraca z samorządem gminnym. Organizacje pozarządowe w istotny sposób wpływają na jakość życia społeczności lokalnej.

Gmina Medyka współpracuje z podmiotami i organizacjami pozarządowymi w różnych sferach życia publicznego. Współpraca ta odbywa się na podstawie zawieranych porozumień oraz programów współpracy organizacji pozarządowych z Urzędem Gminy w Medyce.

Dzięki podjętej współpracy z lokalnymi placówkami i organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze pomocy społecznej możliwe jest pełniejsze zaspokajanie występujących potrzeb, organizacja spotkań integracyjnych dla różnych grup osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Rozwiązywanie problemów społecznych oraz podejmowanie działań zapobiegających ich występowaniu to jedno z ważniejszych zadań gminy. Wszelkie działania temu służące powinny być podejmowane w ramach spójnego systemu, którym koordynuje jedna instytucja – jednostka administracji samorządowej, a jej równorzędnymi partnerami są organizacje pozarządowe.

Zasoby instytucjonalne

GOPS w Medyce zatrudnia 11 osób (w wymiarze pełnego etatu - 9, na ½ etatu -2, w tym: na czas określony -10, na nieokreślony- 1), w tym:

- Kierownik (1 osoba) – wykształcenie wyższe;
- Główna księgowa (1 osoba) – wykształcenie wyższe;
- Pracownicy socjalni (3 osoby) – wykształcenie wyższe;
- Asystent rodziny (1 osoba) wykształcenie wyższe;
- Opiekunki socjalne świadczące usługi opiekuńcze – 2 osoby, wykształcenie średnie;
- Referent ds. świadczeń rodzinnych – 2 osoby, wykształcenie – 1 wyższe, 1 średnie;
- Pracownik administracyjny ds. świadczeń wychowawczych – 1 osoba, wykształcenie wyższe.

Wymóg określony w ustawie o pomocy społecznej mówiący o minimum 1 pracowniku socjalnym przypadającym na 2000 mieszkańców nie jest w pełni spełniony.

GOPS dysponuje odrębnym budynkiem, składającym się 6 pomieszczeń. Każde stanowisko pracy wyposażone jest w zestaw komputerowy oraz niezbędny sprzęt biurowy, pracownicy mają także stały dostęp do internetu.

Środki na realizację zadań statutowych Ośrodka pochodzą z budżetu państwa – na zadania zlecone gminie i z budżetu gminy – na zadania własne.

3.3.3 GENEROWANIE PROBLEMÓW

Diagnoza i analiza problemów społecznych dotyczyła wyodrębnienia głównych sfer aktywności społecznej, w których mogą pojawiać się problemy, a następnie przeprowadzeniu konsultacji społecznych, które pozwoliły na identyfikację problemów w poszczególnych obszarach.

Wszystkie zidentyfikowane w punkcie 3.3.1 sfery aktywności społecznej związane są istnieniem sytuacji problemowych. Problemy te mają jednak różną wagę i w różnym stopniu są odczuwane przez społeczność lokalną. W celu wyodrębnienia najbardziej problemowych sfer aktywności i konkretnych problemów w nich występujących – z punktu widzenia społeczności lokalnej gminy – zostały przeprowadzone konsultacje społeczne, warsztaty oraz wywiady bezpośrednie z pracownikami GOPS. Ewaluacja dokonana w trakcie wymienionych wyżej działań ma charakter oceny jakościowej, która może być różnie rozumiana i definiowana, ale nikt nie kwestionuje faktu, że jej nadrzędnym celem jest uporządkowane i systematyczne gromadzenie wiedzy. Jest formą praktyki społecznej nastawionej na rozwój potencjału społecznego konkretnych instytucji i organizacji. Wykracza daleko ponad tradycyjnie ustalone standardy badań socjometrycznych. Każdy z uczestników procesu społecznego ocenia rzeczywistość przez pryzmat własnych doświadczeń i sytuacji, w które jest zaangażowany; postrzega przez „filtr” swojej osobowości. Ewaluacja daje niepowtarzalną okazję do pełnego oraz względnie obiektywnego opisu rzeczywistości i stawiania pytań o uwarunkowania rozwoju. Według K. Aspinwall ewaluacja „Jest częścią procesu podejmowania decyzji. Obejmuje wydawanie opinii o wartości działania poprzez systematyczne, jawne zbieranie i analizowanie informacji o nim w odniesieniu do znanych celów, kryteriów i wartości”. W wyniku prowadzonych spotkań zostały wskazane następujące problemy w sferze społecznej:

Zabezpieczenie materialne:

- wysoki poziom bezrobocia;
- duża liczba osób żyjąca w ubóstwie, zjawisko dziedziczenie biedy;
- emigracja zarobkowa;
- duża liczba gospodarstw domowych utrzymujących się głównie z niezarobkowych źródeł dochodów.
- edukacja publiczna i opieka nad dziećmi:
- rosnąca liczba dzieci i młodzieży kwalifikujących się do dożywiania;
- niewystarczające zaplecze techniczne części szkół (stołówka, kuchnia, infrastruktura sportowa, wyposażenie dydaktyczne);
- niewystarczająca oferta zajęć opiekuńczo-wychowawczych w szkołach i poza nimi;
- duża liczba dzieci z wadami postawy;
- niewystarczająca ilość bezpłatnych zajęć edukacyjnych dla osób dorosłych.

Ochrona zdrowia:

- brak możliwości zapewnienia całodobowej opieki nad osobami chorymi i chorymi obłożnie,
- bardzo ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów,
- brak dostępu do pomocy psychologicznej i prawnej,
- brak poradnictwa specjalistycznego.

Pomoc społeczna, polityka prorodzinna oraz jakość zamieszkiwania (w tym potrzeba schronienia i wyżywienia):

- postawy roszczeniowe osób korzystających z pomocy społecznej (dziedziczenie biedy);
- brak możliwości zapewnienia opieki dziennej i całodobowej dla osób starszych;
- brak odpowiedniej oferty pomocy rodzinom wielodzietnym;
- bariery architektoniczne w niektórych obiektach użyteczności publicznej;
- problemy z korzystaniem z transportu pasażerskiego przez osoby niepełnosprawne;
- brak mieszkań socjalnych, chronionych, kryzysowych;
- wzrastająca liczba osób starszych i chorych wymagających opieki, pomocy, dożywiania;
- brak wolontariuszy w zakresie opieki nad osobami tego wymagającymi.

Kultura i sport :

- ograniczony dostęp do oferty w zakresie kultury,
- słabe wykorzystywanie istniejących obiektów sportowych,
- zbyt mało środków finansowych przeznaczanych na sport,
- bardzo ograniczona oferta spędzania wolnego czasu, szczególnie dla młodzieży starszej,
- zbyt mało miejsc przygotowanych dla mieszkańców chcących aktywnie spędzać wolny czas,
- niewystarczające zaplecze techniczne, wyposażenie i zbiory bibliotek,
- niewystarczający poziom podtrzymywanie tradycji i zachowania dziedzictwa kulturowego,
- mało imprez integrujących mieszkańców i promujących obszar gminy.

Rozwiązywanie problemów alkoholowych i narkomanii, bezpieczeństwo:

- wzrost zagrożeń w ruchu komunikacyjnym;
- rosnąca liczba przemocy w rodzinie i ograniczone możliwości zapewnienia opieki ofiarom przemocy w rodzinie;
- wzrastająca liczba osób uzależnionych (alkohol, narkotyki, hazard)
- wzrastająca liczba przypadków wandalizmu, niszczenia mienia na terenie gminy.

Kontakty społeczne i aktywność społeczna:

- zanikanie więzi społecznych, ograniczanie relacji sąsiedzkich,
- niska skuteczność NGO w pozyskiwaniu środków zewnętrznych na realizację zadań statutowych;
- ograniczony dostęp do internetowej sieci szerokopasmowej;
- niedostateczna komunikacja między miejscowościami.

3.3.4 ANALIZA PROBLEMÓW

Zabezpieczenie materialne

W sferze zabezpieczenia materialnego najbardziej istotnymi problemami są: wysoki poziom bezrobocia.

Znaczącym problemem w Gminie Medyka i powiecie przemyskim, jako całości jest bezrobocie. Na koniec października 2015 r. stopa bezrobocia w powiecie przemyskim ogółem wynosiła 16,6% , przy stopie dla województwa podkarpackiego –i dla kraju 9,7%.

Sytuacja na rynku pracy w powiecie przemyskim, jest bardzo zła, a stopa bezrobocia znacząco przewyższa średnią krajową. Na sytuację osób bezrobotnych wpływa zarówno wiek jak i poziom wykształcenia. Na dzień 30 września 2015 roku było zarejestrowanych 399 osób.

Ponadto do szczególnie zagrożonych bezrobociem należą osoby powyżej 50 roku życia oraz osoby niepełnosprawne i kobiety po urodzeniu dziecka. Bezrobocie jest drugim co do wielkości powodem przyznania pomocy społecznej mieszkańcom Gminy Medyka w 2014 roku (29% rodzin objętych pomocą społeczną jest z powodu bezrobocia).

Poziom wynagrodzenia dla mieszkańca gminy to 77,7% w relacji do przeciętnego wynagrodzenia brutto w kraju. Najczęstszym z powodów przyznawania pomocy przez GOPS w Medyce jest ubóstwo. W 2014 roku przeszło 35% ogółu wszystkich rodzin objętych pomocą, jako główny powód trudnej sytuacji wskazało ubóstwo.

Emigracja zarobkowa

Emigracja zarobkowa jest kołem ratunkowym dla wielu polskich rodzin i szansą rozpoczęcia dorosłego życia przez młodych Polaków. Dzieje się tak ze względu na przerażający brak miejsc pracy w naszym kraju. Saldo migracji, czyli różnica między napływem (imigracja), a odpływem (emigracja) ludności z obszaru Gminy Medyka w latach 2009-2014 wskazuje na znacznie rosnącą tendencję odpływu ludności. Saldo migracji na 1000 mieszkańców w Gminie Medyce w 2014 roku wyniosło -6,0.

Według danych GUS (Bank Danych Lokalnych) najwięcej gospodarstw domowych w Gminie Medyka utrzymuje się z dochodów z działalności rolniczej (37%), następnie z dochodów z rent i emerytur (22%) oraz z dochodów z pracy najemnej (20%). Natomiast 18% gospodarstw domowych, jako główne źródło utrzymania wskazuje pozarolniczą działalność gospodarczą. Jedynie 3% gospodarstw domowych posiada dochód z innych niezarobkowych źródeł poza emeryturą i rentą.

Edukacja publiczna i opieka nad dziećmi

W obszarze edukacji publicznej i opieki nad dziećmi do najistotniejszych problemów społecznych zostały zaliczone kwestie związane z: rosnącą liczbą dzieci i młodzieży kwalifikujących się do dożywiania, ograniczona dostępność opieki przedszkolnej, niewystarczającym zapleczem technicznym części szkół (stołówka, kuchnia, infrastruktura sportowa, wyposażenie dydaktyczne), niewystarczającą ofertą zajęć opiekuńczo-

wychowawczych w szkołach i poza nimi, dużą liczbą dzieci z wadami postawy i niewystarczającą ilością bezpłatnych zajęć edukacyjnych dla osób dorosłych.

Fakt istnienia dużej grupy dzieci wymagających dożywiania jest na pewno poważnym problemem społecznym. Na problem ten wpływ ma zjawisko ubóstwa w rodzinnych, słabego zabezpieczenia materialnego rodzin, ale i też zaniedbań wychowawczych. Niedoskonałe zabezpieczenie techniczne zaplecza w szkołach (stołówki, kuchnie) jest barierą w prowadzeniu dożywiania dzieci oraz innych osób będących w potrzebie.

Oferta zajęć opiekuńczo-wychowawczych jest ograniczona ze względów nie tylko technicznych, ale i też organizacyjnych (kadrowych). Niejednokrotnie wynika to tylko z niewystarczającego zaplecza technicznego części szkół (np. infrastruktura sportowa).

Widać, że konieczne jest rozszerzenie oferty zajęć korekcyjnych i gimnastycznych ze względu na dużą liczbę dzieci z wadami postawy.

Na kwestie rozwoju kapitału ludzkiego, społeczne negatywny wpływ ma niewystarczająca ilość bezpłatnych zajęć edukacyjnych dla dorosłych, w tym, ze względu na problem bezrobocia i ubóstwa, szczególnie dla osób o niskich dochodach.

Ochrona zdrowia

W zakresie ochrony zdrowia zidentyfikowanymi problemami są problemy związane z brakiem możliwości zapewnienia całodobowej opieki nad osobami chorymi i chorymi obłożnie, bardzo ograniczonym dostępem do lekarzy specjalistów, brakiem dostępu do pomocy psychologicznej i prawnej oraz brakiem poradnictwa specjalistycznego.

Ze względu na brak obiektów takich jak Zakład Opiekuńczo-Lecznicy problemem staje się brak możliwości zapewnienia opieki dziennej i całodobowej dla osób chorych i chorych obłożnie. Mieszkańcy gminy mają natomiast problem z dostępem do leczenia specjalistycznego. Jeśli chodzi o leczenie specjalistyczne to mieszkańcy korzystają z przychodni specjalistycznych (często płatnych) w okolicznych miastach powiatowych: Przemyślu i Jarosławiu lub innych większych ośrodkach. Fakt ten związany jest z koniecznością uciążliwego dojazdu do lekarza oraz długotrwałym okresem oczekiwania na usługi medyczne.

Widoczny jest również brak dostępności pomocy psychologicznej i prawnej na terenie gminy.

Natomiast brak punktu poradnictwa specjalistycznego bardzo ogranicza dostęp do takich usług.

Pomoc społeczna, polityka prorodzinna, jakość zamieszkiwania

W zakresie pomocy społecznej, polityki prorodzinnej zostały zidentyfikowane problemy związane między innymi z postawami roszczeniowymi osób korzystających z pomocy społecznej, brakiem możliwości zapewnienia opieki całodobowej dla osób starszych i niewystarczającą opieką dzienną, brakiem oferty pomocy rodzinom wielodzietnym, występowaniem barier architektonicznych w większości obiektów użyteczności publicznej, występowaniem problemów z korzystaniem z transportu pasażerskiego przez osoby niepełnosprawne, brakiem mieszkań socjalnych, chronionych i kryzysowych, wzrastającą liczbą osób starszych i chorych wymagających opieki, pomocy, dożywiania oraz brakiem wolontariuszy w zakresie opieki nad osobami tego wymagającymi.

Część mieszkańców gminy przystosowała się do złych warunków życia utrzymując się wyłącznie z zasiłków wypłacanych z pomocy społecznej. Osoby te często charakteryzują się biernością w podejściu do życia i nie poszukują aktywnie jakichkolwiek źródeł zarobku. Stąd efekt w postaci roszczeniowych postaw wielu osób korzystających z pomocy społecznej (dziedziczenie postaw) i relatywnie dużej skali zapotrzebowania na pomoc społeczną zwłaszcza na zasiłki wypłacane na zasadach specjalnych.

Narasta problem liczby osób wymagających usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. W latach 2010-2014 średnio 23 osoby rocznie korzystało z tej formy wsparcia.

W otoczeniu Gminy Medyka funkcjonują Domy Pomocy Społecznej, które świadczą usługi całodobowej opieki, jednakże dostępność korzystania z opieki w tych Domach jest bardzo ograniczona ze względu na wysokie koszty utrzymania osób.

Przy powiększającej się grupie osób wymagających opieki (np. osoby starsze, przewlekle chore) – dobrym rozwiązaniem byłoby zapewnienie dziennej opieki na terenie gminy. Z jednej strony zapewniłoby sprawowanie fachowej opieki, z drugiej zaś umożliwiłoby opiekunom tych osób podjęcie pracy, bądź nieskrępowane wypełnianie obowiązków domowych.

Coraz częściej osoby starsze/samotne czy osoby/rodziny o niskich dochodach mają poważne trudności z utrzymaniem mieszkań czy domów. W gminie nie ma mieszkań komunalnych, socjalnych, chronionych i kryzysowych.

Kultura i sport

W zakresie kultury przeważająca większość mieszkańców gminy wskazuje ograniczony dostęp do oferty w zakresie kultury. Ponadto innymi problemami w tym obszarze jest

bardzo ograniczona oferta spędzania wolnego czasu, szczególnie dla młodzieży starszej, zbyt mało miejsc przygotowanych dla mieszkańców chcących aktywnie spędzać wolny czas, niewystarczające zaplecze techniczne, wyposażenie i zbiory bibliotek, niewystarczający poziom podtrzymywanie tradycji i zachowania dziedzictwa kulturowego oraz mało imprez integrujących mieszkańców i promujących obszar gminy.

Ograniczone środki na działalność w zakresie zachowanie i promocji dziedzictwa lokalnego skutkują powyższą sytuacją.

Na terenie gminy działa Gminne Centrum Kulturalne w Medyce, który tutaj też ma swoją siedzibę, co sprawia, że duża część działań związanych z kulturą lokowana jest w Medyce. Jakość życia mieszkańców Gminy Medyka zależy w dużej mierze od dostępności dóbr szeroko rozumianej kultury, w tym również od czytelnictwa..

Zmiany liczby ludności według ekonomicznych grup wieku od 2007 roku wskazują na ciągły wzrost liczby mieszkańców Gminy Medyka w wieku poprodukcyjnym, co oznacza, że osoby starsze już teraz stanowią znaczącą grupę odbiorców kultury w gminie. Niestety obecna oferta nie jest dostosowana do ich potrzeb, a biorąc pod uwagę prognozy ludności do 2035 roku sytuacja ta będzie się pogłębiać i szacuje się, że we wspomnianym 2035 roku osoby starsze będą stanowiły 23% ogółu ludności.

Rozwiązywanie problemów alkoholowych i narkomanii, bezpieczeństwo

W przedmiotowym zakresie zidentyfikowanymi problemami jest wzrost zagrożeń w ruchu komunikacyjnym, rosnąca liczba przemocy w rodzinie i ograniczone możliwości zapewnienia opieki ofiarom przemocy w rodzinie i wzrastająca liczba osób uzależnionych (alkohol, narkotyki, hazard).

W pozostałych przypadkach nie było zgłoszeń ze strony rodziny lub Policji – w związku z tym GOPS nie ma podstaw do diagnozowania, jako powód ubiegania się o występowania o pomoc. Nie mniej jednak w ocenie pracowników GOPS i uczestników warsztatów diagnostycznych zjawisko nadużywania alkoholu ma charakter narastający. Na terenie gminy działa Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Narasta też problem wciąż obniżającego się wieku osób stosujących używki.

Powołano Zespół Interdyscyplinarny, którego głównym zadaniem jest tworzenie gminnego systemu pomocy ofiarom przemocy domowej przy współpracy różnych osób, instytucji i organizacji.

W trakcie konsultacji kwestię uzależnień (w tym alkoholizmu) zidentyfikowano, jako znaczący problem gminy, wskazując na wzrastającą liczbę osób nadużywających alkohol,

a wśród nich coraz młodszych mieszkańców. Gmina realizuje Program przeciwdziałania temu zjawisku, a z pomocy społecznej z powodu alkoholizmu w 2015 roku korzystało 13 rodzin. Są to rodziny gdzie nastąpiła diagnoza choroby alkoholowej i występuje leczenie w poradni odwykowej.

Kontakty społeczne i aktywność społeczna

W obszarze kontaktów społecznych i aktywności społecznej, jako podstawowe problemy zostały zidentyfikowane następujące:

zanikanie więzi społecznych, ograniczanie relacji sąsiedzkich,
niska skuteczność NGO w pozyskiwaniu środków zewnętrznych na realizację zadań statutowych;
ograniczony dostęp do internetowej sieci szerokopasmowej.
niedostateczna komunikacja między miejscowościami.

Powyższe problemy wskazują jednoznacznie, iż stopień aktywności społecznej mieszkańców jest niezadowalający, kreowanie i wpływanie na własne otoczenia są bardzo niskie.

3.3.5 USTALENIE PRIORYTETÓW

Wyznaczone w ramach prowadzonych konsultacji społecznych oraz bezpośrednich wywiadów z pracownikami Urzędu Gminy i Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Medyce poniższe problemy zostały uszeregowane hierarchicznie. Sklasyfikowane zostały jako problemy wysoko priorytetowe, średnio priorytetowe oraz nisko priorytetowe.

Problemy wysoko priorytetowe

- wysoki poziom bezrobocia w gminie;
- wysoka liczba osób żyjących w ubóstwie oraz występowanie zjawiska dziedziczenia biedy;
- występująca emigracja zarobkowa;
- wysoka liczba gospodarstw domowych, które głównie utrzymywane są z niezarobkowych źródeł dochodów;

- występujące postawy roszczeniowe mieszkańców korzystających z pomocy społecznej;
- brak dostępnej opieki dziennej oraz całodobowej dla osób starszych bądź niepełnosprawnych;
- brak dostosowanej do potrzeb oferty pomocy rodzinom wielodzietnym;
- ograniczona ilość ofert spędzania wolnego czasu dla dzieci i młodzieży;
- występujące bariery architektoniczne w poszczególnych obiektach użyteczności publicznej;
- problemy osób niepełnosprawnych związane z korzystaniem z transportu pasażerskiego;
- niedostateczna liczba mieszkań socjalnych, chronionych oraz kryzysowych;
- wzrost liczebności osób starszych oraz chorych, które wymagają opieki, pomocy i dożywiania;
- nieustannie wzrastająca liczba dzieci oraz młodzieży kwalifikujących się do dożywiania;
- niedostateczna ilość wolontariuszy potrzebnych w ramach świadczenia opieki nad osobami tego wymagającymi;
- wzrost różnorodnych zagrożeń w ruchu komunikacyjnym;
- wzrost zjawiska przemocy domowej oraz ograniczone możliwości zapewnienia opieki poszkodowanym z tego powodu;
- wzrost liczby osób z uzależnieniami takimi jak alkohol, narkotyki bądź hazard
- wzrost liczby przypadków wandalizmu, niszczenia mienia na terenie gminy.

Problemy średnio priorytetowe

- bardzo słabe zaplecze techniczne w części gminnych szkół (m.in. stołówka, kuchnia oraz wyposażenie dydaktyczne);
- zbyt mała oferta dodatkowych zajęć opiekuńczo-wychowawczych w szkołach oraz poza nimi;
- słabe wykorzystywanie istniejących obiektów sportowych;
- wzrost liczby dzieci z wadami postawy;
- niewystarczająca liczba nieodpłatnych zajęć edukacyjnych dla dorosłych;
- niemożność zapewnienia całodobowej i fachowej opieki nad osobami chorymi oraz chorymi obłożnie;
- niezwykle ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów;
- brak jakiegokolwiek dostępu do pomocy psychologicznej oraz prawnej;

- brak możliwości skorzystania z poradnictwa specjalistycznego.

Problemy nisko priorytetowe

- niewielka oferta kulturalna;
- wysoce ograniczona oferta spędzania wolnego czasu przez młodzież i dzieci;
- niedostatek miejsc dla osób chcących aktywnie spędzać swój czas wolny;
- niewystarczające zaplecze techniczne, a w tym ogólne wyposażenie oraz zbiory bibliotek;
- słaby poziom podtrzymywana lokalnej tradycji oraz zachowania dziedzictwa kulturowego;
- zbyt mała liczba imprez integrujących mieszkańców gminy i promujących jej obszar;
- stopniowe zanikanie więzi społecznych oraz znaczne ograniczanie relacji sąsiedzkich;
- bardzo niska skuteczność NGO w ramach pozyskiwania środków zewnętrznych na realizację gminnych zadań statutowych;
- ściśle ograniczony dostęp do szerokopasmowej sieci internetowej;
- słaba komunikacja między sąsiadującymi miejscowościami.

3.3.6 ANALIZA SWOT

Analiza SWOT jest jedną z najpowszechniejszych metod stosowanych w celu budowania użytecznych strategii. Polega ona na badaniu silnych oraz słabych stron, a w tym wypadku podmiotów, które działają w sferze polityki społecznej oraz ich bezpośrednia konfrontacja z istniejącymi szansami oraz zagrożeniami, które tkwią w jej bliskim i dalekim otoczeniu. Analiza ta pozwala w dużym stopniu oszacować możliwości oraz potencjał, jakim dysponuje określony podmiot.

Analiza SWOT odbywa się poprzez następujące grupy czynników:

- Mocne strony (czynniki wewnętrzne pozytywne) – wyróżniają atuty na tle innych, są to dziedziny ukazujące potencjał oraz pozytywny wizerunek samej instytucji.
- Słabe strony (czynniki wewnętrzne negatywne) to wymiary funkcjonowania, które ograniczają sprawność oraz blokują rozwój instytucji.
- Szanse (czynniki zewnętrzne pozytywne) to wszystkie towarzyszące otoczeniu wydarzenia i procesy, które kreują sprzyjające dla instytucji sytuacje. Zaliczane są do nich kierunki działalności, które w przyszłości przynieść mogą pozytywne efekty.

- Zagrożenia (czynniki zewnętrzne negatywne) czyli zbiór możliwych sytuacji bądź procesów tworzących niekorzystne warunki rozwoju dla instytucji funkcjonujące w jej otoczeniu. Zagrożenia postrzegane są jako wszelkie bariery oraz utrudnienia, a także inne niebezpieczeństwa dla zakładanych procesów.

Tabela 17. Analiza SWOT dla Gminy Medyka

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<i>Zabezpieczenie materialne</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Dobre zdiagnozowanie poszczególnych obszarów problemowych (np. bezrobocie); • istniejąca opieka nad rodzinami będącymi w trudnej sytuacji materialnej; • organizacja różnych prac interwencyjnych; • wzrastanie poziomu wykształcenia mieszkańców. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zatrudnianie ludności w obszarze „szarej strefy”; • niestabilność pracy; • dość niskie wykształcenie osób bezrobotnych; • znaczny odpływ wykwalifikowanej kadry; • bardzo niski poziom przedsiębiorczości; • zły ekonomiczny stan gospodarstw rolnych; • zbyt niska liczba działających zakładów pracy; • niezwykle niskie zarobki z tytułu pracy najemnej; • bardzo bierna postawa w poszukiwaniu pracy (występuje strach przed zmianą); • małe kwalifikacje zawodowe oraz praktyczne umiejętności absolwentów szkół; • brak motywacji do pracy; • ograniczona dostępność do staży zawodowych.
<i>Edukacja publiczna i opieka nad dziećmi</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Rozbudowywanie oraz modernizacja obiektów oświatowych; • prowadzenie dodatkowych programów profilaktycznych dla dzieci oraz młodzieży; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mała ilość kursów i szkoleń, które podnosiłyby kwalifikacje nauczycieli; • mała ilość zajęć pozalekcyjnych przez utrudnienia w doprowadzaniu dzieci na zajęcia; • wyjazdy rodziców w poszukiwaniu

	<p>pracy wiążące się z brakiem oparcia dla dzieci w rodzinach;</p> <ul style="list-style-type: none"> • występujący niż demograficzny; • dość niska aktywność fizyczna mieszkańców, głównie dzieci oraz młodzieży; • nadużywanie komputerów
Ochrona zdrowia	
<ul style="list-style-type: none"> • Działanie przychodni zdrowia na terenie gminy Medyka; • istnieją programy zdrowotne finansowane przez gminę. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak odpowiedniej świetlicy dla osób upośledzonych psychicznie i fizycznie; • brak funkcjonującego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego; • brak odpowiedniego punktu poradnictwa specjalistycznego; • bardzo niski poziom profilaktyki zdrowotnej; • słaba dostępność opieki rehabilitacyjnej; • nieaktywny tryb życia mieszkańców; • nieustannie pogarszająca się kondycja zdrowotna mieszkańców gminy; • stosowane są złe nawyki żywieniowe; • istnieją utrudnienia architektoniczne oraz komunikacyjne dla osób niepełnosprawnych; • edukacja zdrowotna na niskim poziomie; • niedoinformowanie społeczeństwa w zakresie niepełnosprawności, głównie intelektualnej.
Pomoc społeczna, polityka prorodzinna oraz jakość zamieszkiwania (w tym również potrzeba schronienia i wyżywienia)	
<ul style="list-style-type: none"> • Zainteresowanie władz samorządowych gminy zapobieganiem i rozwiązywaniem 	<ul style="list-style-type: none"> • Duża liczba osób które korzystają z pomocy społecznej; • istniejące przypadki nadużywania

<p>istniejących problemów społecznych;</p> <ul style="list-style-type: none"> • występujący potencjał ludzki i organizacyjny w środowisku gminy; • wysokie kwalifikacje zawodowe osób, które zatrudnione są w jednostkach organizacyjnych gminy odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemów społecznych; • wysoki potencjał organizacji pozarządowych; • doświadczenie oraz widoczna aktywność podmiotów w ramach pozyskiwania środków, a także umiejętność realizacji programów; 	<p>pomocy społecznej;</p> <ul style="list-style-type: none"> • częste dziedziczenie biedy; • wyuczona bezradność mieszkańców; • brak funkcjonującego domu dziennego dla starszych osób; • okresowe braki wody w miejscowościach gminy; • słaba infrastruktura mieszkaniowa przeznaczona na rzecz realizacji polityki społecznej; • niewystarczająca ilość środków finansowych przeznaczonych na realizację działań pomocowych oraz profilaktycznych; • niewystarczająca edukacja społeczeństwa w zakresie problematyki społecznej; • częsta izolacja społeczna środowisk, które żyją w ubóstwie; • istniejąca dyskryminacja ludności z powodu ubóstwa; • narastanie populacji ludzi starszych wymagających fachowej opieki i pomocy; • niechęć do podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez osoby długotrwale bezrobotne.
<i>Kultura</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • funkcjonujące ośrodki kultywowania tradycji regionalnych; • imprezy odbywające się na terenie gminy; • funkcjonująca biblioteka gminna; • systematycznie tworzona baza sportowo-rekreacyjna; • aktywność gminnych władz w obrębie kultury i promocji; • czynne zaangażowanie społeczności w imprezy lokalne; • istniejąca tradycja oraz zwyczaje kulturalno–sportowe; 	<ul style="list-style-type: none"> • niedostateczne wyposażenie szkół, GOK oraz bibliotek; • brak zainteresowania lokalną kulturą wśród młodzieży; • zbyt mała liczba animatorów kultury; • słaby stan techniczny dostępnych obiektów kultury.

<ul style="list-style-type: none"> • aktywnie działające koła gospodyń. 	
<i>Rozwiązywanie problemów alkoholowych i narkomani, bezpieczeństwo</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Instytucje związane z bezpieczeństwem, które funkcjonują na terenie gminy; • czynna współpraca instytucji bezpieczeństwa; • prowadzenie profilaktyki ochronnej w placówkach oświatowych; • funkcjonowanie Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; • pozyskiwanie środków finansowych na profilaktykę oraz rozwiązywanie istniejących problemów alkoholowych; • solidarność mieszkańców gminy w obliczu zagrożeń; • istotny wzrost wykrywalności przestępczości, w tym również przemocy domowej; • liczne, funkcjonujące jednostki Ochotniczej Straży Pożarnej. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bardzo niska świadomość odpowiedzialności karnej; • dość niski stan kadrowy Posterunku Policji w Medyce; • przejawy tolerancji wobec zjawisk nieakceptowanych; • milczące przyzwolenie rodziców na stosowanie różnorodnych używek; • brak zainteresowania i odpowiedniej opieki nad dziećmi, co skutkuje stosowaniem używek; • mała ilość programów profilaktycznych w szkołach; • narastające zagrożenie różnymi patologiami społecznymi; • bardzo niska świadomość społeczna oraz częste przemilczanie istnienia przemocy domowej; • brak monitoringu wizyjnego w obszarze gminy; • duża liczba ludności z uzależnieniem alkoholowym; • brak nieodpłatnego doradztwa prawnego; • niechęć osób uzależnionych do podejmowania leczenia; • niewielka aktywność lokalna do tworzenia grup samopomocowych bądź grup wsparcia.
<i>Kontakty społeczne i aktywność społeczna</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Istnieją organizacje kulturalne i sportowe; • względnie duża grupa działaczy społecznych; • znaczny wzrost aktywności klubów sportowych na terenie gminy; • rosnąca liczba organizacji pozarządowych nastawionych na 	<ul style="list-style-type: none"> • Dość słaba aktywność w zakresie pozyskiwania środków z Unii Europejskiej dla stowarzyszeń.

rozwiązywanie różnorodnych problemów lokalnych; <ul style="list-style-type: none"> wzrost świadomości społecznej (rozwój społeczeństwa obywatelskiego). 	
--	--

SZANSE	ZAGROŻENIA
<i>Zabezpieczenie materialne</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Dostępność różnorodnych projektów społecznych oraz programów krajowych i regionalnych (głównie w zakresie wspierania rynku pracy oraz wykluczenia społecznego); różnorodne inwestowanie gminy w rozwój zasobów ludzkich, wspieranie działań skutkujące wzrostem efektywności zatrudnienia; wsparcie ze strony Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach istniejących programów; efektywniejsze wykorzystywanie potencjału dostępnych kadr instytucji, a także organizacji pozarządowych we wspieraniu osób potrzebujących; stale rosnąca świadomość społeczna, rozpoznawanie i zapobieganie problemom społecznym. 	<ul style="list-style-type: none"> Rozwarstwienie społeczeństwa z perspektywy sytuacji dochodowej; ciągłe rosnące koszty utrzymania; rozrastająca się szara strefa; niewielka liczba zakładów pracy na obszarze gminy; wysokie podatki oraz koszty pracy; brak określonych stref ekonomicznych w powiecie; narastające obciążenie demograficzne; brak środków finansowych na realizację zadań przeznaczonych do rozwiązywania problemów społecznych; niewielkie dochody ludności oraz nieustannie wzrastająca liczba osób, które zagrożone są wykluczeniem społecznym; nieskuteczne działania włączające osoby wykluczone do społeczeństwa; nieustanna emigracja ludzi młodych oraz wykształconych do większych miast oraz za granicę; bardzo duże koszty zatrudnienia (m.in. obciążenia fiskalne pracodawcy); wysokie bezrobocie na rynku lokalnym; dość trudna sytuacja ekonomiczna wielu rodzin.
<i>Edukacja publiczna i opieka nad dziećmi</i>	

<ul style="list-style-type: none"> • Dodatkowe możliwości dla rozwoju edukacyjnego osób szczególnie uzdolnionych (konkretne stypendia i programy rozwoju); • odpowiednia edukacja osób, które odpowiadają za realizację podstawowych zadań społecznych; • stały rozwój szkolnictwa wyższego; • dodatkowe szkolenia pracowników pomocy społecznej; • prężny rozwój szkolnictwa zawodowego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bardzo duża odległość do szkół wyższych; • profile kształcenia zawodowego niezgodne z potrzebami rynkowymi; • znacznie bogatsza oferta kształcenia dużych ośrodków miejskich i łatwiejsza możliwość znalezienia pracy; • niepotrzebna likwidacja kierunków kształcenia w niszowych zawodach; • niedostateczne wypełnianie przez rodziców funkcji opiekuńczo-wychowawczych; • zagrożenia funkcjonowania rodziny takie jak: uzależnienia, bezrobocie oraz przemoc domowa; • nasilający się rozpad rodzin.
<i>Ochrona zdrowia</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Podniesienie poziomu świadomości społecznej, wdrażanie nowych strategii pomocy oraz profilaktyka zdrowego stylu życia; • częsta promocja zdrowego stylu życia w gminnych mediach; • wykorzystanie środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Szybko narastające zubożenie społeczeństwa; • częsty brak zainteresowania profilaktyką oraz promocją zdrowia ze strony mieszkańców gminy.
<i>Pomoc społeczna, polityka prorodzinna oraz jakość zamieszkiwania (w tym również potrzeba schronienia i wyżywienia)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Aktywna i sprawna działalność instytucji pomocy na terenie gminy; • stosowanie regulacji prawnych, które zapewniają ochronę dóbr osobom objętym bądź narażonym na wykluczenie społeczne; • wykorzystywanie możliwości wynikających z integracji europejskiej; • szybko rosnąca świadomość społeczna dotycząca problemów społecznych, a także możliwości ich 	<ul style="list-style-type: none"> • Niskie kryterium dochodowe, które dopuszcza do świadczenia pomocy społecznej; • częste zjawisko dziedziczenia biedy; • bezradność oraz bierność rodzin w zapobieganiu problemom życiowym; • częste uzależnienie rodzin od oferowanej pomocy społecznej; • ograniczona dostępność do opieki w Domach Pomocy Społecznej oraz wysokie koszty utrzymania;

<p>rozwiązywania;</p> <ul style="list-style-type: none"> • systematyczne szkolenie oraz doskonalenie zawodowe pracowników pomocy społecznej; • korzystanie z pomocy państwowej w zakresie dożywiania. 	<ul style="list-style-type: none"> • brak integracji poszczególnych działań gminy i powiatu w ramach polityki społecznej; • postawy społeczeństwa obywatelskiego są bardzo słabo rozwinięte; • znaczne szerzenie się postawy konsumpcyjnej.
<i>Kultura</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Aktywne pozyskiwanie środków zewnętrznych; • prowadzenie społecznej odpowiedzialności biznesu za kulturę (sponsorzy). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nakierowanie oferty kulturalnej tylko na turystów i niedostrzeganie potrzeb kulturowych własnych mieszkańców; • kultura oraz wielkie wydarzenia kulturalne wykorzystywane jako narzędzie polityczne.
<i>Rozwiązywanie problemów alkoholowych i narkomani, bezpieczeństwo</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Skuteczność działań wobec osób uzależnionych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych i nowe uzależnienia; • bardzo negatywny wpływ przemian społeczno-gospodarczych na psychiczne zdrowie mieszkańców; • mała ilość środków na realizację istotnych programów promocji oraz profilaktyki.
<i>Kontakty społeczne i aktywność społeczna</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Dobra i efektywna obsługa prawna organizacji pozarządowych; • stworzenie systemu wzajemnej komunikacji oraz współpracy między instytucjami publicznymi i organizacjami; • częste tworzenie partnerstw publiczno-prywatnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bardzo słabo rozwinięte postawy społeczeństwa obywatelskiego; • znaczny zanik aktywności społecznej.

Źródło: Opracowanie własne

4. WIZJA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

4.1. ZAŁOŻENIA DO STRATEGII

Obecne przepisy Ustawy o pomocy społecznej tworzą zakres przedmiotowy zawartości niniejszego dokumentu Strategii, który zgodnie z art. 16b zawierać powinien:

- 1) diagnozę ogólnej sytuacji społecznej,

- 2) prognozę wszelkich zmian w zakresie objętym strategią,
- 3) określenie:
 - a) strategicznych celów dla projektowanych zmian,
 - b) dokładnych kierunków niezbędnych działań,
 - c) możliwości oraz sposobów realizacji strategii, a także jej przewidywanych ram finansowych,
 - d) konkretnych wskaźników realizacji działań.

Dodatkowo ustawa ta nakłada na gminy oraz powiat obowiązek ujęcia w Strategii określonych programów pomocy społecznej, zapobiegania i rozwiązywania problemów alkoholowych, tolerancji i wspierania osób niepełnosprawnych oraz programów, których celem jest skuteczna integracja osób i rodzin z grup dotkniętych szczególnym ryzykiem.

Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) podaje, że jednym z ważnych zadań samorządu powiatu w obrębie funkcjonowania polityki rynku pracy jest opracowanie oraz wdrożenie programu promocji zatrudnienia i aktywizacji lokalnego rynku pracy, który stanowi część powiatowej strategii rozwiązywania kwestii problemów społecznych.

Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Medyka na lata 2016-2026 przewiduje zachowanie spójności tego dokumentu ze standardami przyjętymi w Unii Europejskiej. Do standardów tych zaliczają się:

- spotęgowany nacisk na wzrost znaczenia współpracy sektora obywatelskiego i samorządów lokalnych (w rozumieniu zasady pomocniczości),
- zachęcanie i dowartościowanie wolontariatu,
- sukcesywne zwiększanie roli edukacji oraz więzi społecznych w budowaniu lokalnego kapitału społecznego,
- wzrost rangi sektora ekonomii społecznej oraz zatrudnienia socjalnego,
- skuteczne przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez aktywny udział w programach integracyjnych i reintegracyjnych,
- sukcesywne dążenie do zrównoważonego rozwoju społecznego gminy,
- wdrażanie działań, których zadaniem będzie aktywizacja społeczności lokalnych,
- znaczne ograniczenie redystrybucyjnej funkcji działających programów socjalnych.

Na poziomie krajowym polityka społeczna i integracyjna posiada odpowiednie oparcie w istniejących aktach prawnych, a także polityce Państwa. Dla Gminy Medyka pomoc

społeczna istotnie przyczynia się do przezwyciężenia problemów społecznych oraz integracji lokalnych społeczności czy środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym. Aktualne zasoby infrastruktury społecznej gminy nie pozwalają na realizację wszystkich sugerowanych form pomocy społecznej. Niezwykle istotna w tym przypadku jest dalsza rozbudowa istniejącej infrastruktury w celu poszerzenia oferty tych usług oraz znacznego podniesienia ich jakości.

Zaobserwowano potrzebę stworzenia podstaw informacyjnych do podejmowania strategicznych decyzji w ramach polityki społecznej gminy poprzez nieustanne prowadzenie monitoringu problemów społecznych, jak i innych zjawisk.

Efektywna realizacja polityki społecznej w Gminie Medyka musi być stale wspierana przez spójne i skuteczne akcje promocyjne wszelkich dobrych praktyk w zakresie rozwiązywania problemów społecznych, które prowadzić mają do znacznego wzrostu świadomości społeczeństwa. W nawiązaniu do realizowanej Strategii przyjęte zostały następujące założenia:

- Realizacja powyższej Strategii ma służyć przede wszystkim mieszkańcom gminy oraz wszelkim instytucjom i organizacjom, które funkcjonują na jej terenie.
- Decyzję o przyjęciu Strategii, a także pozostałe decyzje dotyczące realizacji jej założeń podejmuje organ, jakim jest Rada Gminy.
- Strategia została opracowana wspólnie z reprezentantami społeczności gminy, co znacząco wpływa na wartość dokumentu. Podczas pracy nad Strategią wykorzystano konkretną wiedzę ludzi najlepiej znających problemy oraz potrzeby lokalnej społeczności.
- Okres planowanej realizacji: od 2016 roku do 2026 roku.
- Przyjmuje się, że powyższa Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Medyka będzie w pełni zgodna z wyzwaniem strategicznymi polityki rozwoju regionalnego całego województwa, które zawarte zostały w dokumencie Strategii Rozwoju Województwa Podkarpackiego do roku 2020, a także pozostałymi programami operacyjnymi, które umożliwiają korzystanie ze środków publicznych.

4.2. MISJA

Misja to najogólniejszy cel podmiotu strategii (najczęściej jednozdaniowy) stanowiący opis wizji przyszłości gminy z jej głównymi polami aktywności w przyszłości w zakresie pomocy społecznej. Misję określono w perspektywie do roku 2020 na podstawie Misji Gminy sformułowanej w STRATEGIA ROZWOJU GMINY MEDYKA NA LATA 2016 – 2022, przyjętej Uchwałą Rady Gminy Nr XVIII/112/15 z dnia 15.12.2016 r.

Ze względu na swój charakter i funkcje, jakie spełnia misja, jej zasięg czasowy może wybiegać poza perspektywę przyjętą w strategii, podkreślając w ten sposób nadrzędne wartości (zasady), jakimi gmina będzie się kierować, nawet w dalekiej przyszłości, podejmując działania na rzecz realizacji swojej wizji rozwoju.

Misja do roku 2026

Misja Gminy Medyka

EFEKTYWNE ZASPOKOJENIE POTRZEB MIESZKAŃCÓW GMINY ZAPEWNIAJĄCE GODNE WARUNKI ŻYCIOWE, ROZWÓJ SPOŁECZEŃSTWA LOKALNEGO ORAZ POCZUCIE STABILIZACJI W PRZYSZŁOŚCI”.

Misja Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Medyce do roku 2026

W GMINIE MEDYKA ZAPEWNIAMY WSPARCIE DLA OSÓB ZAGROŻONYCH MARGINALIZACJĄ SPOŁECZNĄ I ZAWODOWĄ ORAZ SPRZYJAMY TWORZENIU WARUNKÓW DO WSZECHSTRONNEGO ROZWOJU SPOŁECZNEGO MIESZKAŃCÓW.

4.3. CELE STRATEGICZNE I CELE SZCZEGÓŁOWE

Cel jest definiowany jako stan, który chcemy osiągnąć w przyszłości.

Cele strategiczne związane są z określaniem tego jaką gminą/społecznością chcemy być, co się powinno robić lub czego nie powinno się robić w gminie. Cele strategiczne związane są z decyzjami dotyczącymi alokacji zasobów i potencjałów gminy.

Cele strategiczne wyznaczają zasadniczy kierunek rozwoju gminy jako całości, są konkretyzacją misji rozwoju gminy. Są one sformułowane ogólnie jako cele funkcjonalne, tzn. wyrażające pożądane funkcje (potrzeby), które winny zostać zrealizowane

(zaspokojone) w określonym horyzoncie czasu. Pomimo swej ogólności cele strategiczne są związane z konkretną rzeczywistością – zostały sformułowane na podstawie diagnozy sytuacji w gminie – problemów i potrzeb oraz związane są z prognozą zmian w przyszłości.

Należy je traktować w kategoriach celów - procesów rozwojowych, służących lepszemu zaspokajaniu różnorodnych potrzeb społecznych mieszkańców i gospodarki oraz przyczyniających się do wzrostu konkurencyjności i rangi gminy w regionie.

Gmina jest systemem dynamicznym, stale rozwijającym się, w którym dokonują się wielorakie przekształcenia. Dlatego bardziej adekwatnym jest dynamiczny model wyobrażenia przyszłości gminy, w którym podstawę stanowi misja rozwoju oraz cele strategiczne, czyli cele - procesy rozwoju.

Realizacja zapisów misji i celów strategicznych nie jest aktem jednorazowym, lecz długotrwałym procesem stałego wzrostu jakości życia ludności oraz atrakcyjności inwestycyjnej gminy. Wynika z nich, że intencją władz samorządowych jest dążenie do tego, aby gmina stała się w gminą wielofunkcyjną, przedsiębiorczą, nowoczesną, bezpieczną i zamożną, przy zachowaniu walorów i zasobów środowiska przyrodniczego oraz kulturowego, a więc taką, w której występowanie niekorzystnych zjawisk społecznych jest zminimalizowane.

Cele strategiczne wykraczające poza statutowe cele i zadania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej będą realizowane przez inne podmioty posiadające odpowiednie kompetencje jak np. Powiatowy Urząd Pracy w Przemyślu.

Cel strategiczny - główny Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie.

Głównym Celem strategicznym przyjętym w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Medyka jest:

„Podniesienie jakości życia społeczności lokalnej gminy Medyka i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu”

Cele szczegółowe zostały określone w poszczególnych sferach aktywności społecznej, dla których były definiowane problemy.

Cele szczegółowe w zakresie zabezpieczenia materialnego:

- ograniczone zjawisko ubóstwa;
- ograniczony poziom bezrobocia.

Cele szczegółowe w zakresie rewitalizacji:

- przeciwdziałanie patologiom i wykluczeniu społecznemu;
- poprawa bezpieczeństwa ;
- minimalizowanie negatywnych skutków występujących problemów społecznych poprzez:
 - przywrócenie osłabionych lub nie istniejących więzi społecznych;
 - odbudowa tożsamości lokalnej;
 - odbudowa poczucia odpowiedzialności i współdecydowania o użytkowaniu zajmowanej przestrzeni społecznej.

Cele szczegółowe w zakresie edukacji publicznej i opieki nad dziećmi:

- dostępne dożywianie dla dzieci i młodzieży;
- rozszerzona oferta zajęć opiekuńczo-wychowawczych w szkołach i poza nimi;
- dostępna oferta bezpłatnych zajęć edukacyjnych dla dorosłych;
- poprawa oferty zajęć z dziećmi z dysfunkcjami i wadami postawy.

Cele szczegółowe w zakresie ochrony zdrowia:

- poprawa dostępności całodobowej opieki nad osobami chorymi i obłożnie chorymi;
- poprawa dostępności usług lekarzy specjalistów;
- dostępna pomoc psychologiczna i prawna oraz poradnictwo specjalistyczne.

Cele szczegółowe w zakresie pomocy społecznej, polityki prorodzinnej oraz jakości zamieszkiwania:

- wysoka zdolność reagowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w sytuacjach kryzysowych;
- zapewniona dzienna i całodobowa opieka dla osób starszych;
- dostępna oferta pomocy rodzinom wielodzietnym;
- poprawa dostępności obiektów użyteczności publicznej dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych;
- dostępne mieszkania socjalne, chronione i kryzysowe;
- zapewniona dostępność posiłków dla osób dorosłych wymagających dożywiania;
- zwiększenie aktywności zawodowej osób systematycznie korzystających z pomocy społecznej;
- stworzony lokalny wolontariat.

Cele szczegółowe w zakresie kultury i sportu:

- dostępna, atrakcyjna nieodpłatna oferta kulturalna dla wszystkich grup wiekowych;
- atrakcyjna oferta bibliotek;
- wypromowane dziedzictwo lokalne
- rozbudowana baza rekreacyjna i sportowa.

Cele szczegółowe w zakresie bezpieczeństwa, rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii:

- zapewniona opieka ofiarom przemocy w rodzinie;
- ograniczenie zjawiska uzależnień od alkoholu, narkotyków i hazardu;
- ograniczenie zjawiska stosowania używek: alkohol, papierosy, dopalacze przez dzieci i młodzież;
- zainstalowanie systemu monitoringu w miejscach strategicznych na terenie gminy Medyka.

Cele szczegółowe w zakresie kontaktów społecznych i aktywności społecznej:

- poprawa stopnia zintegrowania społeczności lokalnej;
- zwiększenie aktywności społecznej mieszkańców;
- zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych i rozwinięta współpraca władz lokalnych z organizacjami pozarządowymi;
- ograniczenie zjawiska marginalizacji cyfrowej.

4.4. OKREŚLENIE WSKAŹNIKÓW REALIZACJI CELÓW SZCZEGÓŁOWYCH STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

W trakcie realizacji strategii bardzo ważny jest monitoring, czyli proces systematycznego zbierania i analizowania ilościowych i jakościowych informacji nt. wdrażanych działań operacyjnych w ramach strategii w aspekcie finansowym i rzeczowym, mający na celu zapewnienie zgodności realizacji działań operacyjnych strategii z przyjętymi założeniami i celami. Ważnym instrumentem monitoringu są obiektywnie weryfikowalne wskaźniki, które opisują cele działań operacyjnych w operacyjnie mierzalnych kategoriach i zapewniają podstawy dla mierzenia wydajności.

Specyfikacja tych wskaźników umożliwia sprawdzenie wykonalności celów oraz formuje bazę dla systemu monitorowania projektu, programu czy strategii.

Wśród najważniejszych funkcji wskaźników należy wymienić to, że:

Wskaźniki pomagają ustalać wartości docelowe dla projektu, programu, strategii oraz określać, w jakim zakresie w ramach strategii, programu lub projektu realizowane są założone wyniki.

Są środkiem ilustrującym w wymierny sposób, co właściwie zostało zrobione w stosunku do działań planowanych pod kątem ilościowym, jakościowym oraz terminowości. Umożliwiają obiektywną weryfikację czy cele zostały osiągnięte i w jakim stopniu.

Wskaźniki są konieczne do kontroli postępu w realizacji oraz prawidłowości realizacji zadań.

Wskaźniki zostały określone dla poszczególnych celów szczegółowych we wszystkich sferach aktywności społecznej, dla których były definiowane problemy. Wskaźniki zdefiniowano na poziomie produktów i rezultatów. Cel strategiczny: Podniesienie jakości życia społeczności lokalnej gminy Medyka i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

Cele szczegółowe	Proponowane wskaźniki realizacji celów
Zabezpieczenie materialne	
1. Ograniczone zjawisko ubóstwa.	Liczba osób/rodzin korzystających z pomocy i wsparcia opieki społecznej z powodu ubóstwa [osób].
2. Ograniczony poziom bezrobocia.	Liczba osób bezrobotnych mieszkańców gminy Medyka [osób]
Edukacja publiczna i opieka nad dziećmi	
3. Dostępne dożywianie dla dzieci i młodzieży;	Liczba dzieci korzystających z dożywiania [osób]

<p>4. Rozszerzona oferta zajęć opiekuńczo-wychowawczych w szkołach i poza nimi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba godzin zajęć pozalekcyjnych w szkołach [godz./rok] -Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w zajęciach pozalekcyjnych w szkołach [osób/rok] -Liczba godzin zajęć pozalekcyjnych organizowanych poza szkołami [godz./rok] -Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w zajęciach pozalekcyjnych organizowanych poza szkołami [osób/rok]
<p>5. Dostępna oferta bezpłatnych zajęć edukacyjnych dla dorosłych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Liczba bezpłatnych szkoleń i kursów dla dorosłych [szt.] -Liczba osób dorosłych uczestniczących w bezpłatnych szkoleniach i kursach [osób/rok]
<p>6. Poprawa oferty zajęć dla dzieci z dysfunkcjami i wadami postawy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Liczba ofert opieki nad dziećmi z dysfunkcjami [szt.] -Liczba dzieci z dysfunkcjami objętych opieką [osób] -Liczba ofert zajęć nad dziećmi z wadami postawy [szt.] -Liczba dzieci z wadami postawy z dysfunkcjami objętych zajęciami [osób]
<p>Ochrona zdrowia</p>	
<p>7. Poprawa dostępności usług lekarzy specjalistów.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Liczba lekarzy specjalistów przyjmujących pacjentów na terenie gminy [osób] Liczba zorganizowanych wydarzeń zwiększających dostęp do lekarzy

	specjalistów [szt.]
8. Poprawa dostępności całodobowej opieki nad osobami chorymi i obłożnie chorymi.	Liczba uruchomionych obiektów opieki nad osobami chorymi i obłożnie chorymi dla osób starszych [osób] Liczba osób chorych i obłożnie chorych objętych opieką [osób]
9. Dostępna pomoc psychologiczna i prawna oraz poradnictwo specjalistyczne.	Liczba gabinetów poradnictwa specjalnego i porad prawnych i psychologicznych [szt.] Liczba korzystających z usług gabinetów poradnictwa specjalnego i porad prawnych i psychologicznych [osób/rok]
Pomoc społeczna, polityka prorodzinna oraz jakość zamieszkiwania	
10. Wysoka zdolność reagowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w sytuacjach kryzysowych.	Liczba osób (badanych w ankiecie) zadowolonych z funkcjonowania GOPS [szt.]
11. Zapewniona dostępność posiłków dla osób dorosłych wymagających dożywiania.	Liczba osób dorosłych objętych programem dożywiania [osób]
12. Zwiększenie aktywności zawodowej osób systematycznie korzystających z pomocy społecznej.	Liczba osób systematycznie korzystających z pomocy społecznej, które podjęły pracę [osób]
13. Zapewniona dzienna i całodobowa	Liczba uruchomionych domów dziennego

opieka dla osób starszych.	pobyty [szt.] Liczba osób starszych/seniorów objętych opieką dzienną [osób]
14. Poprawa dostępności obiektów użyteczności publicznej dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych.	Liczba obiektów, w których zlikwidowano bariery architektoniczne [szt.]
15. Dostępne mieszkania socjalne i chronione.	Liczba nowych mieszkań socjalnych [szt.] Liczba mieszkań chronionych [szt.]
16. Dostępna oferta pomocy rodzinom wielodzietnym.	Liczba rodzin wielodzietnych objęta wsparciem i pomocą [szt.]
17. Stworzony lokalny wolontariat.	Liczba osób zaangażowanych w wolontariat [osób]
Kultura	
18. Dostępna, atrakcyjna nieodpłatna oferta kulturalna dla wszystkich grup wiekowych.	-Liczba wydarzeń i aktywności kulturalnych na terenie Gminy [szt.] - Liczba osób - biernych uczestników życia kulturalnego na terenie gminy [osób] - Liczba osób aktywnie uczestniczących w życiu kulturalnym [osób]
19. Atrakcyjna oferta bibliotek.	Liczba użytkowników bibliotek [osób]

20. Wypromowane dziedzictwo lokalne.	<p>Liczba imprez mających na celu zachowanie tradycji oraz dziedzictwa kulturowego i historycznego [szt.]</p> <p>Liczba osób zaangażowanych w organizację imprez i inne działania mające na celu zachowanie tradycji i dziedzictwa kulturowego i historycznego [osób]</p> <p>Liczba zrealizowanych projektów mających na celu zachowanie tradycji oraz dziedzictwa kulturowego i historycznego [szt.]</p>
--------------------------------------	---

Bezpieczeństwo, rozwiązywanie problemów alkoholowych i narkomanii

21. Zapewniona opieka ofiarom przemocy w rodzinie.	Liczba osób będących ofiarami przemocy w rodzinie objętych opieką [osób]
22. Ograniczenie zjawiska uzależnień od alkoholu, narkotyków i hazardu.	Liczba osób notowanych jako zagrożone z tytułu nadużywania alkoholu, narkotyków lub uzależnione od hazardu [liczba osób]

Liczba rodzin korzystających z pomocy i wsparcia opieki społecznej z powodu alkoholizmu lub innych uzależnień [szt.]

23. Ograniczenie zjawiska stosowania używek: alkohol, papierosy, dopalacze przez dzieci i młodzież.	-Liczba dzieci i młodocianych notowanych jako zagrożone z tytułu korzystania z używek [osób]
---	--

Kontakty społeczne i aktywności społeczne	
24. Zwiększenie aktywności społecznej mieszkańców.	<ul style="list-style-type: none"> -Liczba funkcjonujących lokalnych organizacji pozarządowych [szt.] -Liczba członków lokalnych organizacji pozarządowych [osób] -Liczba podjętych akcji charytatywnych wobec osób dotkniętych niedostosowaniem społecznym [szt.] -Liczba osób/wolontariuszy uczestniczących w akcjach charytatywnych wobec osób dotkniętych niedostosowaniem społecznym [osób];
25. Poprawa stopnia zintegrowania społeczności lokalnej.	<ul style="list-style-type: none"> -Liczba zorganizowanych imprez integrujących mieszkańców gminy [szt.] -Liczba uczestników imprez integrujących mieszkańców gminy [osób] -Liczba osób objętych projektami integrującymi mieszkańców gminy [osób] -Liczba zrealizowanych projektów integrujących mieszkańców gminy [szt.]
26. Zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych i rozwinięta współpraca władz lokalnych z organizacjami pozarządowymi.	<ul style="list-style-type: none"> -Liczba funkcjonujących lokalnych organizacji pozarządowych współpracujących z władzami lokalnymi [szt.] - Liczba wspólnych inicjatyw władz lokalnych i organizacji pozarządowych z terenu gminy [szt.]
27. Ograniczenie zjawiska marginalizacji	-Liczba punktów bezpłatnego dostępu do

cyfrowej	Internetu [osób] -Liczba osób objętych
Rewitalizacja	
28 Kompleksowa .rewitalizacja obszarów o szczególnej kumulacji problemów społeczno – gospodarczych	Powierzchnia zmodernizowanych obszarów w jednostkach: ha Liczba obiektów zrewitalizowanych

4.5. USTALENIE PRIORYTETÓW

Cele szczegółowe realizacji Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Medyka zostały uszeregowane hierarchicznie jako cele wysokopriorytetowe, średniopriorytetowe i niskopriorytetowe. Uszeregowanie celów zostało przyporządkowane hierarchizacji zidentyfikowanych problemów. Uszeregowanie celów prezentuje poniższa tabela:

Cele wysokopriorytetowe:

- ograniczone zjawisko ubóstwa;
- ograniczony poziom bezrobocia.
- wysoka zdolność reagowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w sytuacjach kryzysowych;
- zapewniona dzienna i całodobowa opieka dla osób starszych;
- dostępna oferta pomocy rodzinom wielodzietnym;
- poprawa dostępności obiektów użyteczności publicznej dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych;
- dostępne mieszkania socjalne, chronione i kryzysowe;
- rewitalizacja społeczna;
- zapewniona dostępność posiłków dla osób dorosłych wymagających dożywiania;

- zwiększenie aktywności zawodowej osób systematycznie korzystających z pomocy społecznej;
- stworzony lokalny wolontariat.
- zapewniona opieka ofiarom przemocy w rodzinie;
- ograniczenie zjawiska uzależnień od alkoholu, narkotyków i hazardu;
- ograniczenie zjawiska stosowania używek: alkohol, papierosy, dopalacze przez dzieci i młodzież.
- dostępne dożywianie dla dzieci i młodzieży.

Cele średnio i niskopriorytetowe:

- rozszerzona oferta zajęć opiekuńczo-wychowawczych w szkołach i poza nimi;
- dostępna oferta bezpłatnych zajęć edukacyjnych dla dorosłych;
- poprawa oferty zajęć dla dzieci z dysfunkcjami i wadami postawy.
- poprawa dostępności całodobowej opieki nad osobami chorymi i obłożnie chorymi;
- poprawa dostępności usług lekarzy specjalistów;
- dostępna pomoc psychologiczna i prawna oraz poradnictwo specjalistyczne.
- dostępna, atrakcyjna nieodpłatna oferta kulturalna dla wszystkich grup wiekowych;
- atrakcyjna oferta bibliotek;
- wypromowane dziedzictwo lokalne.
- poprawa stopnia zintegrowania społeczności lokalnej;
- zwiększenie aktywności społecznej mieszkańców;
- zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych i rozwinięta współpraca władz lokalnych z organizacjami pozarządowymi;
- ograniczenie zjawiska marginalizacji cyfrowej.

<p>Cele Szczegółowe</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie dostępności opieki przedszkolnej; - dostępne dożywianie dla dzieci i młodzieży; - rozszerzona oferta zajęć opiekuńczo-wychowawczych w szkołach i poza nimi; - dostępna oferta bezpłatnych zajęć edukacyjnych dla dorosłych; - poprawa oferty zajęć dla dzieci z dysfunkcjami i wadami postawy. - współpraca z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami funkcjonującymi w systemie oświaty; 	<p>Strategia działania</p> <ul style="list-style-type: none"> - dostosowywanie liczby miejsc wychowania przedszkolnego do aktualnych potrzeb; - wspieranie podmiotów uruchamiających obiekty wychowania przedszkolnego; - uruchomienie świetlic socjoterapeutycznych i środowiskowych i prowadzenie zajęć dla dzieci; - systematyczne doposażanie placówek oświatowych w sprzęt i pomoce dydaktyczne; - modernizacja i rozwój bazy placówek oświatowych; - prowadzenie pedagogizacji rodziców; - rozszerzanie oferty zajęć pozaszkolnych; - realizacja programów i projektów edukacyjnych dla osób dorosłych; - stworzenie oferty edukacyjnej dla dorosłych we współpracy z instytucjami oświatowymi, organizacjami - organizacje zajęć korekcyjnych dla dzieci z wadami postawy
<p>Cele szczegółowe</p>	<p>Strategie działania</p>
<ul style="list-style-type: none"> -poprawa dostępności całodobowej opieki nad osobami chorymi i obłożnie chorymi; -poprawa dostępności usług lekarzy 	<ul style="list-style-type: none"> - uruchamianie i wspieranie powstawania obiektów typu Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze;

<p>specjalistów; -dostępna pomoc psychologiczna i prawna oraz poradnictwo specjalistyczne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -wspieranie powstawania gabinetów lekarzy specjalistów; -podejmowanie współpracy z PCPR, PUP, PFRON w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych; -likwidowanie barier architektonicznych; -zapobieganie społecznej izolacji i marginalizacji osób niepełnosprawnych; realizacja projektów integrujących osoby niepełnosprawne ze środowiskiem; -zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, propagowanie troski o swoją sprawność i kondycję fizyczną, upowszechnianie znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy; -propagowanie zasad racjonalnego stylu odżywiania się; -upowszechnianie wiedzy w zakresie profilaktyki zdrowotnej; -podnoszenie świadomości ekologicznej mieszkańców.
--	---

<p>-wysoka zdolność reagowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w sytuacjach kryzysowych;</p> <p>-zapewniona dzienna opieka dla osób starszych;</p> <p>-dostępna oferta pomocy rodzinom wielodzietnym;</p> <p>-poprawa dostępności obiektów użyteczności publicznej dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych;</p> <p>-dostępne mieszkania socjalne, chronione i kryzysowe;</p> <p>-zapewniona dostępność posiłków dla osób dorosłych wymagających dożywiania;</p> <p>-zwiększenie aktywności zawodowej osób systematycznie korzystających z pomocy społecznej;</p> <p>-stworzony lokalny wolontariat.</p>	<p>organizowanie szkoleń, kursów dla kadry GOPS w Medyce;</p> <p>-rozwijanie zespołu interdyscyplinarnego poprzez szkolenia i zajęcia warsztatowe;</p> <p>dostosowywanie bazy lokalowej GOPS w Medyce i wyposażenia do aktualnych potrzeb;</p> <p>-opracowywanie i realizacja programów na rzecz osób dotkniętych ubóstwem;</p> <p>-objęcie pomocą finansową, rzeczową, psychologiczną i prawną (zgodnie z obowiązującymi przepisami) wszystkich osób i rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej;</p> <p>-obejmowanie możliwie jak najszerszą opieką dzieci z rodzin gorzej prosperujących (w tym patologicznych);</p> <p>współpraca z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w zakresie pomocy rodzinom z problemami;</p> <p>-budowa mieszkań socjalnych, chronionych i kryzysowych;</p> <p>-adaptacja istniejących obiektów na mieszkania socjalne, chronione i kryzysowe;</p>
	<p>organizowanie dożywiania dla osób dorosłych lub pomocy finansowej i rzeczowej osobom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej;</p> <p>-rozwijanie oferty usług opiekuńczych;</p> <p>-utworzenie zorganizowanej formy dziennego pobytu dla seniorów np. Dom Dziennego Pobytu lub Klub Seniora;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -utworzenie zorganizowanej formy całodobowego pobytu dla seniorów; stworzenie spójnego systemu wsparcia dla rodzin wielodzietnych (np. Samorządowa Karta Dużej Rodziny); -współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych i starszych; tworzenie wolontariatu – angażowanie osób mogących wspierać osoby starsze i niepełnosprawne; -organizowanie aktywnych form spędzania wolnego czasu dla osób starszych. -organizowanie pomocy żywnościowej – akcje charytatywne.
<p>Cele szczegółowe</p>	<p>Strategie działania</p>
<p>-dostępna, atrakcyjna nieodpłatna oferta kulturalna i sportowa dla wszystkich grup wiekowych;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -rozwijanie aktywności kulturalnej i sportowej dla dzieci, młodzież i dorosłych mieszkańców gminy z wykorzystaniem komunalnych obiektów kultury i sportu; -edukowanie społecznych animatorów i instruktorów kultury, sportu, rekreacji i wypoczynku; -dostosowywanie liczebności kadry animatorów i instruktorów kultury, sportu, rekreacji i wypoczynku do aktualnych potrzeb; - rozwijanie świadomości społeczeństwa w zakresie ważności potrzeb kultury

	<p>i rozwoju duchowego poprzez organizowanie atrakcyjnych imprez oraz promocję dobrych praktyk;</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwiększanie dostępu do oferty kulturalnej mieszkańców poszczególnych miejscowości; -rozwijanie oferty imprez masowych/plenerowych; - systematyczne uatrakcyjnianie oferty bibliotek; - doposażenie zespołów artystycznych w konieczny sprzęt i stroje; -nieodpłatne udostępnianie bazy technicznej do prowadzenia działalności zespołów artystycznych promujących gminę; -wspieranie działalności zespołów artystycznych, w tym w uczestnictwie w imprezach poza obszarem gminy; -wspieranie społecznych animatorów i instruktorów kultury i sportu.
<p>-zapewniona opieka ofiarom przemocy w rodzinie;</p> <p>-ograniczenie zjawiska uzależnień od alkoholu, narkotyków i hazardu;</p>	<p>-rozszerzanie dostępu do wsparcia psychologicznego, prawnego i społecznego dla rodzin dotkniętych przemocą, alkoholizmem, narkomanią i innymi uzależnieniami;</p> <p>intensyfikowanie działań edukacyjnych i informacyjnych w zakresie przemocy w rodzinie, alkoholizmu i narkomanii skierowanych do dzieci i młodzieży;</p>
<p>ograniczenie zjawiska stosowania używek: alkohol, papierosy, dopalacze przez dzieci i młodzież.</p>	<p>-inicjowanie i udział w kampaniach społecznych na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie;</p> <p>-zwiększanie dostępności pomocy</p>

	<p>terapeutycznej i rehabilitacyjnej z zakresu profilaktyki uzależnień i przeciwdziałania przemocy w rodzinie;</p> <p>-realizacja Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie;</p> <p>prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności dla dzieci i młodzieży.</p>
<p>-poprawa stopnia zintegrowania społeczności lokalnej;</p> <p>-zwiększenie aktywności społecznej mieszkańców;</p> <p>-zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych i rozwinięta współpraca władz lokalnych z organizacjami pozarządowymi;</p> <p>-ograniczenie zjawiska marginalizacji cyfrowej.</p>	<p>- prowadzenie Klubów integracji oraz kierowanie do centrów integracji społecznej;</p> <p>- prowadzenie działań uświadamiających społeczność lokalną i likwidujących obojętność i niechęć środowiska wobec osób dotkniętych niedostosowaniem społecznym;</p> <p>- zachęcanie mieszkańców do udziału w rozwiązywaniu lokalnych problemów społecznych oraz wspieranie inicjatyw społecznych;</p> <p>- inicjowanie powstawania w gminie nowych organizacji funkcjonujących w obszarze polityki społecznej i zachęcanie istniejących do działań w tym obszarze;</p> <p>- realizowanie projektów w zakresie aktywizacji społecznej z organizacjami pozarządowymi z terenu gminy i powiatu;</p> <p>- współpraca różnych lokalnych organizacji pozarządowych ze szkołami w zakresie realizacji projektów edukacyjnych i wychowawczych;</p> <p>- aktywizowanie środowisk lokalnych poprzez tworzenie organizacji pozarządowych;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - udzielanie pomocy organizacjom w skutecznym pozyskiwaniu środków pomocowych przeznaczanych na działania prospołeczne; - uruchamianie bezpłatnych punktów dostępu do Internetu; - realizacja projektów ograniczania marginalizacji cyfrowej dla osób wykluczonych powodu ubóstwa i innych.
--	---

4.6. ZADANIA REALIZACYJNE STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

Realizacja celów jest możliwa poprzez sprecyzowane zadania. Zadania realizacyjne to sposoby działania związane z realizacją celów strategicznych i określane są na podstawie zidentyfikowanych czynników rozwojowych. Innymi słowy, zadania realizacyjne określają, co robić, aby osiągnąć założone wcześniej cele, tzn. określają przedsięwzięcia służące osiągnięciu wyznaczonych celów szczegółowych i mogą być formułowane, jako programy, projekty (złożone przedsięwzięcia realizowane przez wiele jednostek/partnerów lub stanowisk) oraz zadania (mogą być przypisane pojedynczym jednostkom lub stanowiskom) czy polityki szczegółowe. Stanowią one element wdrożeniowy strategii. Są związane z relacją, jaka występuje pomiędzy gminą, a jej specyficznym otoczeniem.

Programy i projekty będą podejmowane przez podmiot Strategii jakim jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Medyce oraz Gmina Medyka, a także inne podmioty, organizacje, instytucje – partnerzy realizacji Strategii.

Zadania będą podejmowane przede wszystkim przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Medyce, mogą to być zadania zlecone lub przedsięwzięte w ramach obowiązujących kompetencji.

Polityki szczegółowe to różnego rodzaju przepisy prawa lokalnego wspierające rozwiązywanie problemów społecznych, a więc podejmowane przez Radę Gminy.

Zadania realizacyjne zostały wyznaczone dla poszczególnych sfer aktywności społecznej. Realizacja wyznaczonych działań przyczyni się do osiągnięcia celów szczegółowych i celu

strategicznego, a poprzez to misji określonej w przedmiotowej Strategii. Zadania te zostaną zrealizowane poprzez opracowanie określonych projektów, programów, zadań i polityk szczegółowych.

4.7. HARMONOGRAM NAJWAŻNIEJSZYCH ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ STRATEGII

Ustalona Strategia przedmiotowa dotyczy konkretnego okresu programowania w Unii Europejskiej w obszarze budżetu Wspólnoty na lata 2014-2020. Zadania zadeklarowane do podjęcia w ramach realizacji powyższej Strategii mają na celu rozwiązanie wszystkich zidentyfikowanych wcześniej problemów społecznych, uszeregowanych według stopnia ich ważności. Niezbędne jest zatem rozpoczęcie realizacji Strategii od zainicjowania zadań, które mają przyczynić się do rozwiązywania problemów wysokopriorytetowych, a tym samym osiągnięcia przypisanych im celów.

Okres realizacji, który założono w ramach projektu został podzielony na odpowiednie podokresy, które związane zostały z opracowaniem i przyjęciem Strategii i realizacją działań dotyczących celów wysoko-, średnio- oraz nisko-priorytetowych. Po zakończeniu realizacji Strategii została dodatkowo przewidziana jej ewaluacja ex-post.

Na poniższym schemacie załączony został Harmonogram zadań związanych z realizacją powyższej Strategii.

Harmonogram zadań związanych z realizacją Strategii:

Etap I: Rok 2015-2016

Opracowanie oraz przyjęcie Strategii,

Etap II: Lata 2016-2020

Realizacja działań dotyczących celów wysokopriorytetowych,

Etap III: Lata 2020-2022

Realizacja działań dotyczących celów średniopriorytetowych,

Etap IV: Lata 2022-2024

Realizacja działań dotyczących celów niskopriorytetowych,

Etap V: Lata 2024-2026

Ewaluacja ex-post Strategii,

Źródło: opracowanie własne

Powyższy podział okresu realizacji Strategii na odpowiednie podokresy ma charakter ramowy. Proponowana Strategia jest dokumentem w pełni elastycznym oraz „otwartym”, a zatem przyporządkowanie wymienionych celów do ich podokresów ma charakter kierunkowy, a podczas jej realizacji może zaistnieć konieczność odpowiedniego dostosowania hierarchii do aktualnej sytuacji.

Szczegółowo opracowany harmonogram planowanych do wdrożenia zadań z uwzględnieniem konkretnych realizatorów oraz partnerów, jak i źródeł finansowania przedstawia poniższa tabela.

Tabela 18. Harmonogram planowanych do wdrożenia zadań na terenie gminy Medyka

Lp.	Nazwa zadania realizacyjnego	Lata realizacji	Odpowiedzialny/ koordynator	Partnerzy	Źródła finansowania
1.	Aktywizacja oraz integracja osób, których dotknęło zagrożenie ubóstwem bądź wykluczeniem społecznym.	Realizacja projektu w okresie 2014-2020	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	-Urząd Gminy; - organizacje pozarządowe.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne (EFS).
2.	Poprawa poziomu kształcenia ogólnego w gminie.	Realizacja projektu w okresie 2014-2020	Placówki oświatowe na terenie gminy.	-Urząd Gminy; - organizacje pozarządowe.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne (EFS).
3.	Rewitalizacja obszarów zdegradowanych	Realizacja projektu w okresie 2014-2020	Urząd Gminy oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	-Urząd Gminy; - organizacje pozarządowe	- Budżet gminy. EFRR i EFS
4.	Poprawa oraz modernizacja infrastruktury budynków, które przeznaczono na mieszkania wspomagane, chronione oraz socjalne.	Realizacja projektu w okresie 2014-2020	Organizacje pozarządowe oraz przedsiębiorcy działający na terenie gminy.	-Urząd Gminy.	- Źródła zewnętrzne (EFS).
5.	Ułatwienie dostępu do usług społecznych oraz zdrowotnych.	Realizacja projektu w okresie 2014-2020	Urząd Gminy oraz Gminny Ośrodek Pomocy	- Organizacje pozarządowe.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.

			Społecznej.		
6.	Zwiększenie liczby placówek wychowania przedszkolnego w gminie.	Realizacja projektu w okresie 2014-2020	Urząd Gminy oraz Zespół Obsługi Szkół.	- Placówki oświatowe; - organizacje pozarządowe.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
6.	Udzielanie kompleksowego wsparcie dla rodzin w pełnionych funkcjach wychowawczych, opiekuńczych oraz socjalnych.	Ciągłe zadania 2015-2024	Urząd Gminy oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- Placówki oświatowe; - PCPR; - kuratorzy; - GKRPA.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
7.	Rewitalizacja gminnego Programu Wspierania Rodziny.	Dokument źródłowy	Dokument źródłowy.	Dokument źródłowy.	Dokument źródłowy.
8.	Wdrożenie rządowych programów osłonowych w gminie.		W miarę potrzeb.	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	
9	Realizacja Rządowej Karty Dużej Rodziny w gminie.		Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.		
10.	Udzielanie odpowiedniej pomocy finansowej bądź rzeczowej potrzebującym.	Ciągłe zadania 2015-2024	Urząd Gminy oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- Placówki oświatowe; - organizacje pozarządowe; - PCPR.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
11.	Udzielanie niezbędnej pomocy w formie posiłku bądź zasiłku celowego na zakup takiego posiłku.	Ciągłe zadania 2015-2024	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- Placówki oświatowe; - samorząd gminny.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne; - program rządowy.
12.	Przeciwdziałanie dotychczasowemu uzależnieniu od pomocy społecznej w gminie.	Ciągłe zadania 2015-2024	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- Placówki oświatowe; - samorząd gminny.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
13.	Umożliwienie dostępu do pomocy psychologicznej dla dzieci i rodziców.	Ciągłe zadania 2015-2024	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- Placówki oświatowe; - samorząd gminny; - PCPR.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
14.	Edukacja rodziców odnośnie pełnienia właściwych ról	Ciągłe zadania 2015-2024	Zespół Obsługi Szkół.	- Placówki oświatowe; - Samorząd	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.

	w rodzinie.			gminny; - PCPR; - GOPS.	
15.	Wprowadzanie w szkołach programów profilaktycznych dla dzieci oraz młodzieży.	Ciągłe zadania 2015-2024	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.	- Placówki oświatowe; - Samorząd gminny.	- Budżet gminy.
16.	Zapewnienie rodzinom alternatywnych form spędzania czasu wolnego.	Ciągłe zadania 2015-2024	Gminne Centrum Kulturalne w Medyce Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.	- Placówki oświatowe; - Samorząd gminny; - GOPS; - parafie; - przedsiębiorcy; - organizacje pozarządowe.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
17.	Organizowanie i promowanie różnorodnych form integracji rodzin oraz realizacja programów wspierających rodziny na terenie gminy.	Ciągłe zadania 2015-2024	Zespół Obsługi Szkół oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- Placówki oświatowe; - samorząd gminny; - GOPS; - parafie; - przedsiębiorcy.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
18.	Nawiązanie lokalnych partnerstw w obszarze wsparcia rodziny.	Ciągłe zadania 2016-2024	Urząd Gminy oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- GOPS; - parafie; - przedsiębiorcy.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
19.	Stworzenie sprawnego systemu pomocy rodzinie w sytuacji traumatycznej lub kryzysowej.	Ciągłe zadania 2016-2024	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.	- Placówki oświatowe; - Samorząd gminny; - PCPR; - kuratorzy; - GOPS.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
20.	Systematyczne organizowanie wypoczynku dla dzieci oraz młodzieży.	Ciągłe zadania 2016-2024	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, GOPS.	- Placówki oświatowe; - Samorząd gminny; - GOPS; - parafie; - przedsiębiorcy.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne.
21.	Organizowanie dodatkowej pomocy dla dzieci oraz młodzieży w formie świetlic.	Ciągłe zadania 2016-2024	Zespół Obsługi Szkół oraz Gminna Komisja Rozwiązywania	-Placówki oświatowe; - Samorząd gminny;	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne; - sponsorzy.

			Problemów Alkoholowych.	- GOPS; - parafie; - przedsiębiorcy.	
22.	Organizowanie odpowiedniej pomocy dla osób starszych (np. Dzienny Dom Pomocy bądź Klub Seniora).	Ciągle zadania 2015-2024	Gmina bądź inne podmioty.	- Samorząd gminny; - GOPS; - parafie; - przedsiębiorcy.	- Budżet gminy; - źródła zewnętrzne; - sponsorzy.

Źródło: Opracowanie własne.

5. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Finansowanie udzielanej pomocy społecznej jest realizowane w oparciu o założenia zapisane w Ustawie o finansach publicznych z 27 sierpnia 2009 (Dz. U. z 2013r., poz. 885 z późn. zm.), a także w Ustawie o rachunkowości (Dz. U. z 2013r., poz. 330 z późn. zm.). W ramach finansowania instytucji pomocy społecznej działających w obszarze samorządu należy odnieść się również do następujących ustaw:

- Ustawa o samorządzie gminnym – 8 marca 1990 Dz. U. z 2015 r., poz. 1515 z późn. zm.),
- Ustawa o pomocy społecznej – 12 marca 2004r. (Dz. U. z 2015r., poz. 163 z późn. zm.).

Zasady finansowania zależą również od typu realizowanego w gminie zadania, a także formy organizacyjno-prawnej samej jednostki.

Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej finansowane są z następujących źródeł:

- środki własne,
- środki z budżetu państwa.

Przedstawiona w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych forma realizacji misji, celu strategicznego oraz poszczególnych celów szczegółowych, a także strategii działania i działań operacyjnych finansowana z następujących źródeł:

- Środki finansowe wyznaczone z budżetu gminy Medyka w ramach finansowania zadań własnych gminy w obszarze pomocy społecznej, a także w innych obszarach Strategii;

- środki finansowe pozyskane z Budżetu Państwa, które przeznaczone zostaną na zadania zlecone gminie przez rządową administrację;
- środki pozyskane z funduszy krajowych (tj. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Fundusz Ochrony Środowiska oraz Fundusz Mieszkaniowy);
- środki finansowe pozyskane z Programów Operacyjnych, finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego, a także z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Najistotniejsze znaczenie dla wykorzystania pozyskanych środków zewnętrznych w ramach dofinansowania wszelkich działań inwestycyjnych bądź nieinwestycyjnych będą miały następujące czynniki: potencjał absorpcyjny gminy Medyka i innych potencjalnych beneficjentów, to znaczy zdolność do uzupełnienia dotychczasowych środków pomocowych środkami własnymi, a także aktywność i umiejętność zarządzania, czyli przygotowania i wdrażania wszelkich programów bądź projektów, które ukierunkowane są na realizację przyjętej misji w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Medyka.

6. SYSTEM WDROŻENIA, MONITORINGU I EWALUACJI

System dotyczący wdrażania, monitorowania oraz oceny Strategii, a w tym sposób prowadzenia podstawowej komunikacji społecznej prezentuje zamieszczony poniżej schemat Systemu planowania i wdrażania Strategii.

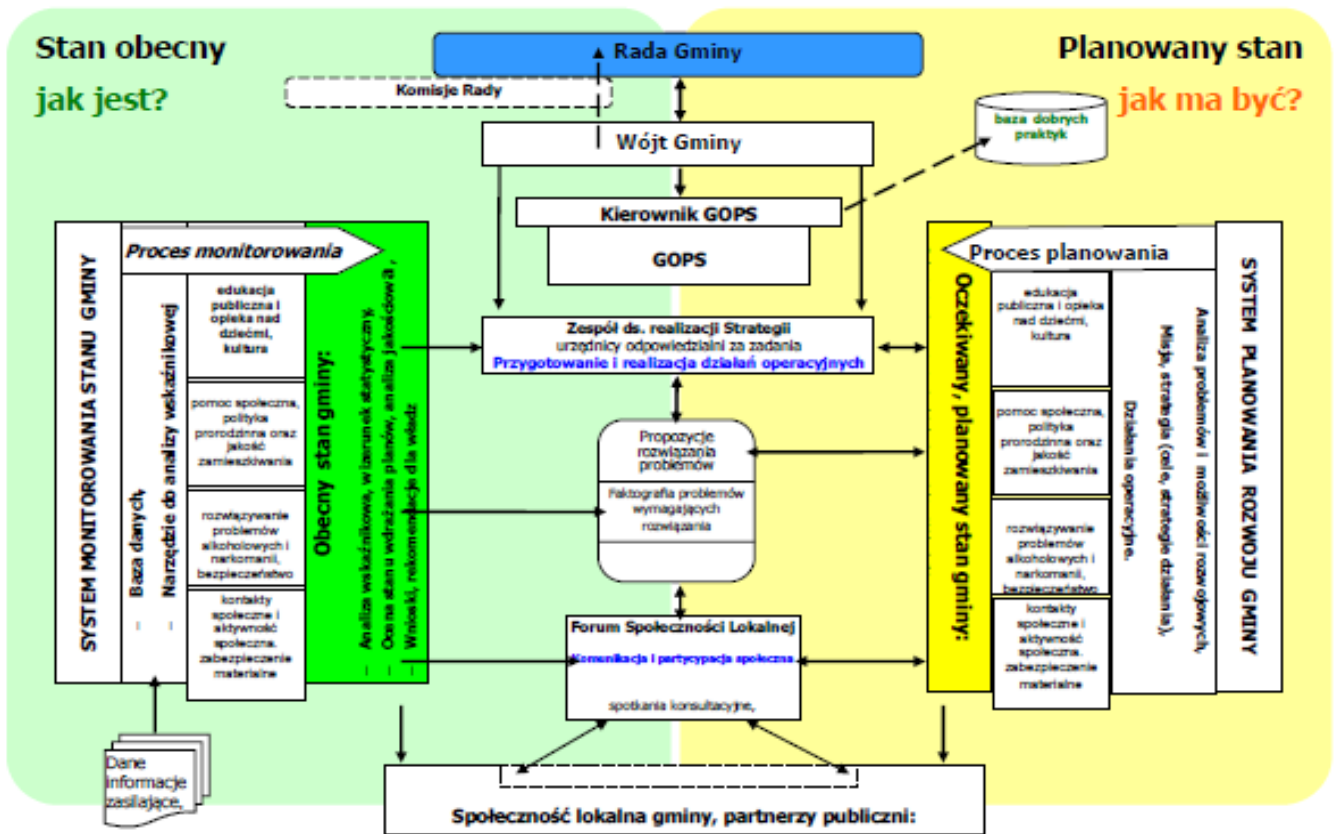
Planowaniem jak i wdrażanie Strategii jest bardzo trudnym zadaniem, które wymaga współdziałania wielu uczestniczących w niej podmiotów.

Podmiotami realizującymi przedmiotową strategię Gminy Medyka będą:

- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej,
- Rada Gminy,
- Wójt Gminy.

Rysunek 2. Schemat planowania i wdrażania Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Medyka.

Schemat 2. System planowania i wdrażania Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych



Prezentowana Strategia rozwiązywania problemów społecznych będzie realizowana przy współpracy społeczności lokalnej gminy Medyka oraz niektórych instytucji bądź organizacji w niej działających. Będą to m.in.:

- Niezorganizowani lecz aktywni mieszkańcy gminy,
- Mieszkańcy zorganizowani,
- Przedstawiciele poszczególnych organizacji oraz zorganizowanych grup sektora biznesu, również producentów rolnych,
- Przedstawiciele wszelkich organizacji pozarządowych,
- Rady rodziców oraz placówki takie jak przedszkola,
- Szkoły Podstawowe oraz Gimnazja z obszaru całej gminy Medyka,
- Gminne Zakłady Opieki Zdrowotnej,
- Parafie Rzymskokatolickie z obszaru gminy,
- Powiatowy Urząd Pracy w Przemysłu,
- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przemysłu,
- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,

- Posterunek Policji w Medyce oraz Komenda Powiatowa Policji w Przemyślu.

Powyższa Strategia jest dokumentem w pełni elastycznym oraz „otwartym” na społeczną dyskusję i wszelkie konstruktywne uwagi bądź wnioski. Do zadań zarządzania strategicznego należy przede wszystkim monitorowanie procesu wdrażania elementów strategii oraz zmian zachodzących w otoczeniu, jak i bieżące wprowadzanie aktualizacji czy korekt.

Procedura przyjęcia i wdrożenia Strategii:

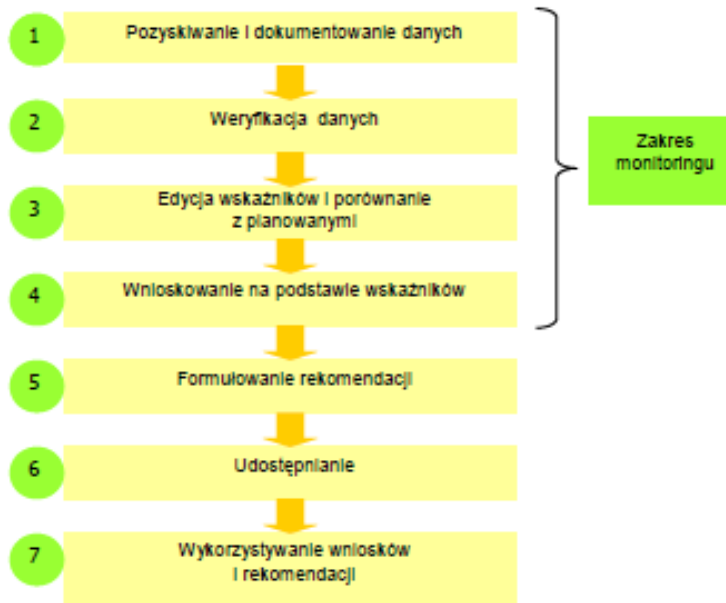
- przedłożenie wstępnej wersji Strategii Radzie Gminy Medyka;
- przyjęcie Strategii na mocy uchwały Rady Gminy;
- stworzenie rocznych planów operacyjnych zawierających konkretne zadania, projekty oraz programy wraz z wszystkimi wskaźnikami realizacji celów (odpowiedzialni: GOPS oraz Urząd Gminy);
- realizacja ustanowionych zadań, projektów oraz programów ujętych w rocznych harmonogramach gminnych planów operacyjnych (odpowiedzialni: GOPS, Urząd Gminy oraz inne jednostki współpracujące);
- bieżące monitorowanie oraz raportowanie (odpowiedzialny: GOPS).

Proces monitorowania, oceny i wykorzystania wyników:

- odpowiedzialność za wykonanie procesu - pracownicy GOPS.

Proces monitorowania wyników przedstawiony został na poniższym schemacie.

Rysunek 3. Proces oraz zakres monitoringu wdrażania elementów Strategii w Gminie Medyka.



Źródło: materiały własne.