### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ ΕΡΓΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΔΟΜΗΣ

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της αξιολόγησης των Κοινωνικών Δομών που χρηματοδοτούνται από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα της Περιφέρειας ………………………. 2014-2020.

Σκοπός της αξιολόγησης είναι η συλλογή πληροφοριών, στοιχείων και εκτιμήσεων σχετικά με μια σειρά θεμάτων που σχετίζονται με τη λειτουργία των Κέντρων Κοινότητας, των Δομών Παροχής Βασικών Αγαθών (παντοπωλεία, φαρμακεία, συσσίτια), των Δομών Αστέγων, των Κέντρων Ημερήσια Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΔΗΦ) και των Κέντρων Διημέρευσης και Ημερήσιας φροντίδας για άτομα με Αναπηρία (ΚΔΗΦ).

Παράλληλα, η αξιολόγηση στοχεύει στην καταγραφή προτάσεων και υποδείξεων που θα συμβάλλουν στη βελτίωση του σχεδιασμού και του τρόπου υλοποίησης των παρεμβάσεων στο μέλλον.

**Οδηγίες συμπλήρωσης του Ερωτηματολογίου και επιμέρους ερωτημάτων**

* Το Ερωτηματολόγιο **συμπληρώνεται διακριτά για κάθε τύπο Δομής Αστέγων** (Ανοικτό Κέντρο Ημέρας και Υπνωτήριο) ανεξάρτητα εάν ο Υπεύθυνος Έργου είναι ο ίδιος για τις δύο δομές
* Τα ερωτήματα **Γ3** και **Γ4** συμπληρώνονται μόνο για τα Υπνωτήρια
* Στο ερώτημα **Γ2** υπάρχουν **επιμέρους πεδία** που **αφορούν μόνον έναν τύπο Δομής** (Κέντρο Ημέρας ή Υπνωτήριο)

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Είδος Δομής** | | | |
| Ανοικτό Κέντρο Ημέρας |  | Υπνωτήριο |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Δικαιούχος |  |

| Ονοματεπώνυμο συντάκτη |  | Τηλέφωνο |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Email |  |

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ – ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΔΟΜΗΣ** |

| **Β1.** | Αναφέρατε το συνολικό αριθμό στελεχών πλήρους ή μερικής απασχόλησης (ανά ειδικότητα) |
| --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Αριθμός |  | Αριθμός |
| Κοινωνικός Λειτουργός |  | Υπάλληλος Φύλαξης |  |
| Νοσηλευτής |  | Υπάλληλος Καθαριότητας |  |
| Ψυχολόγος |  | Άλλος (αναφέρατε….) |  |
| Διοικητικός/Οικονομικός Υπεύθυνος |  | Άλλος (αναφέρατε….) |  |
| Υπάλληλος γενικών καθηκόντων |  | Άλλος (αναφέρατε….) |  |

| **Β2.** | Πόσο επαρκής θεωρείτε ότι είναι η στελέχωση της δομής; |
| --- | --- |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Πολύ επαρκής | Σχετικά επαρκής | Σχετικά ανεπαρκής | Ανεπαρκής |
| Ως προς τον αριθμό στελεχών; |  |  |  |  |
| Ως προς τη σύνθεση των ειδικοτήτων; |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Β3.** | Στην περίπτωση που στο προηγούμενο ερώτημα χαρακτηρίσατε τη στελέχωση της δομής ως “σχετικά ανεπαρκή” ή “ανεπαρκή” αναφέρατε τις ελλείψεις σε προσωπικό (αριθμός και σύνθεση) και περιγράψτε τις ανάγκες/προβλήματα που δεν καλύπτονται από την υφιστάμενη στελέχωση. |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  | Αριθμός |
| --- | --- | --- | --- |
| **Β4.** | Συμπληρώστε τα τυχόν πεδία δραστηριοτήτων που καλύπτονται  ή  ενισχύονται από δραστηριότητες  εθελοντών (και αριθμός εθελοντών) | …………………………………………………………………………………….. |  |
| …………………………………………………………………………………….. |  |
| …………………………………………………………………………………….. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Β5.** | Αναφέρατε τη δυναμικότητα (μέγιστη) της δομής |  |

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ - ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ1.** | Ποιες είναι οι σημαντικότερες πηγές/μέθοδοι εντοπισμού των αστέγων που ήδη φιλοξενούνται στη Δομή;  *(Ιεραρχείστε ως εξής: 1 – η σημαντικότερη, 2 – δεύτερη πιο σημαντική, 3 τρίτη πιο σημαντική κοκ.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Αποτελέσματα από παρεμβάσεις στο δρόμο (streetwork) που ανέπτυξε η/ο Δομή/Δικαιούχος |  |
| Υφιστάμενα Μητρώα του Δικαιούχου ή άλλων φορέων που δραστηριοποιούνται σε θέματα στέγης |  |
| Αποτελέσματα άλλων πρωτοβουλιών της/του Δομής/Δικαιούχου ……… (αναφέρατε) |  |
| Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου |  |
| Παραπομπή ή υπόδειξη από ………………..(αναφέρατε άλλη υπηρεσία ή Φορέα) |  |
| Πρωτοβουλία του ίδιου του ωφελούμενου (αστέγου) |  |
| Άλλη πηγή ………(αναφέρατε) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ2.** | Πόσες φορές την εβδομάδα ο κάθε ωφελούμενος λαμβάνει τις παρακάτω βασικές υπηρεσίες της δομής; |

|  |  |
| --- | --- |
| Παραμονή (Κέντρο Ημέρας) |  |
| Διανυκτέρευση (Υπνωτήριο) |  |
| Χρήση ζεστού λουτρού / παροχή ειδών ατομικής υγιεινής |  |
| Χρήση Πλυντηρίου |  |
| Παροχή μικρογεύματος (Κέντρο Ημέρας) |  |
| Παροχή ροφήματος (Κέντρο Ημέρας) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ3.** | Παρέχεται γεύμα στους ωφελούμενους του Υπνωτηρίου; | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ4.** | Εάν ΟΧΙ, οι ωφελούμενοι του Υπνωτηρίου από που λαμβάνουν γεύματα; |

|  |  |
| --- | --- |
| Δομή σίτισης του Δήμου |  |
| Δομή σίτισης της εκκλησίας |  |
| Άλλος τύπος Δομής ………………(αναφέρατε) |  |
| Δεν γνωρίζω |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ5.** | Παρέχονται υπηρεσίες παροχής ένδυσης και υπόδησης από τη Δομή; | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ6.** | Εάν ΝΑΙ πώς καλύπτονται αυτές οι ανάγκες;  *(Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Από πόρους/αγορές της Δομής |  |
| Από συνεισφορές αλληλέγγυων πολιτών και οργανώσεων που κινητοποιεί ο Δικαιούχος της Πράξης |  |
| Από συνεισφορές αλληλέγγυων πολιτών και οργανώσεων που κινητοποιεί ο Δήμος |  |
| Άλλη πηγή …………. (αναφέρατε) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ7.** | Πώς καλύπτετε τις ανάγκες των ωφελουμένων σε υπηρεσίες βασικής υγειονομικής φροντίδας και φαρμακευτικής αγωγής;  *(Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Με τη λειτουργία του χώρου πρώτων βοηθειών και νοσηλευτικής φροντίδας |  |
| Με τη λειτουργία οργανωμένου Ιατρείου - Φαρμακείου εντός της Δομής & τη συνδρομή ιατρού που απασχολείται σε μόνιμη ή περιοδική βάση |  |
| Άλλος τρόπος ………………(αναφέρατε) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ8.** | Από τον συνολικό αριθμό ωφελουμένων της Δομής μέχρι την 31/12/2019 πόσους έχετε παραπέμψει στις παρακάτω υπηρεσίες (αριθμός ωφελουμένων κατ’ εκτίμηση) κατά φύλο; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Άνδρες** | **Γυναίκες** |
| Υπηρεσίες στέγασης |  |  |
| Υπηρεσίες σίτισης |  |  |
| Υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης |  |  |
| Υπηρεσίες νομικής συνδρομής |  |  |
| Υπηρεσίες συμβουλευτικής |  |  |
| Υπηρεσίες υγείας |  |  |
| Υπηρεσίες πρόνοιας |  |  |
| Υπηρεσίες κοινωνικής και εργασιακής επανένταξης |  |  |
| Άλλη υπηρεσία…………. (αναφέρατε) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Γ9.** | Αναφέρατε το συνολικό αριθμό των ατομικών συνεδριών που έχουν πραγματοποιηθεί για τη διερεύνηση των αναγκών των ωφελουμένων και τον από κοινού σχεδιασμό για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Γ10.** | Αναφέρατε το συνολικό αριθμό των ομαδικών συνεδριών που έχουν πραγματοποιηθεί για τη διερεύνηση των αναγκών των ωφελουμένων και τον από κοινού σχεδιασμό για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ11.** | Αναφέρατε τον συνολικό αριθμό ωφελουμένων (ή σημειώστε με Χ στη στήλη “Δεν γνωρίζω” εφόσον δεν τηρούνται τέτοια στοιχεία από την/τον Δομή/Δικαιούχο) που με τη συνδρομή της Δομής: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Αριθμός | Δεν γνωρίζω |
| ωφελήθηκε από προγράμματα στεγαστικής επανένταξης |  |  |
| επανήλθε σε καθεστώς κανονικής στέγασης |  |  |
| ωφελήθηκε από προγράμματα απασχόλησης ή κατάρτισης |  |  |
| ήταν άνεργος και απέκτησε εργασία (μισθωτός, αυτοαπασχολούμενος, επιτηδευματίας κλπ.) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ12.** | Σε σχέση με την αρχική εκτίμηση το μέγεθος του πληθυσμού που ωφελείται από τις δράσεις της Δομής είναι: | Περισσότεροι |  | Λιγότεροι |  | Το ίδιο μέγεθος |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ13.** | Εάν από την προηγούμενη ερώτηση προκύπτει ότι υπάρχουν αποκλίσεις σε ποιους παράγοντες αυτές οφείλονται;  *(Αναφέρατε τους 3 σημαντικότερους παράγοντες)* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | ………………………………………….. |
| 2 | ………………………………………….. |
| 3 | ………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ14.** | Εντοπίζονται καθυστερήσεις στην πρόοδο υλοποίησης του οικονομικού αντικειμένου της Δομής; | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ15.** | Εάν είναι καταφατική η απάντηση στο προηγούμενο ερώτημα, αναφέρατε συνοπτικά τα τρία (3) σημαντικότερα προβλήματα που επηρεάζουν την απορρόφηση των πόρων της |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **………………………………** |
| 2 | **………………………………** |
| 3 | **………………………………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ16.** | Για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας, την προφύλαξη των ωφελουμένων και την απρόσκοπτη και ασφαλή συνέχιση της παροχής των υπηρεσιών προς αυτούς ποια μέτρα έχετε λάβει; *(συμπληρώστε με Χ ό,τι ισχύει)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Διαγνωστικός έλεγχος στην είσοδο των δομών και στο δρόμο από γιατρούς/κινητές μονάδες |  |
| Δειγματοληπτικά διαγνωστικά τεστ σε ωφελούμενους της Δομής |  |
| Διαμόρφωση ειδικών χώρων ή δωματίων για άτομα με συμπτώματα ή θετικά στον κορωνοϊό |  |
| Λήψη πρόσθετων μέτρων καθαριότητας και απολύμανση των χώρων |  |
| Χρήση μέσων ατομικής προστασίας ωφελουμένων (αντισηπτικά, μάσκες, γάντια κλπ.) |  |
| Χρήση μέτρων ατομικής υγιεινής και μέσων ατομικής προστασίας εργαζομένων (αντισηπτικά, μάσκες, γάντια, καθαρισμός ενδυμάτων εργασίας κλπ.) |  |
| Ειδική ψυχολογική υποστήριξη αστέγων για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας |  |
| Άλλο μέτρο ……………………..(αναφέρατε) |  |

|  |
| --- |
| **ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ – «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΚΤΥΩΣΗ» & ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Δ1.** | Με ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες/φορείς ή δομές της περιοχής σας: (α) υπήρχε πρόβλεψη συνεργασίας στο σχέδιο δικτύωσης της δομής και (β) υλοποιήθηκαν οι δράσεις συνεργασίας σύμφωνα με το σχέδιο δικτύωσης της δομής;  *(συμπληρώνεται με Χ ό,τι ισχύει*) | | |
|  | | Υπήρχε πρόβλεψη συνεργασίας στο Σχέδιο Δικτύωσης | Υλοποιήθηκαν δράσεις συνεργασίας σύμφωνα με το Σχέδιο Δικτύωσης |
| Κοινωνικές Υπηρεσίες του Δήμου και της Περιφέρειας | |  |  |
| Κέντρα Κοινότητας | |  |  |
| Άλλες υπηρεσίες / δομές ή προγράμματα στέγασης | |  |  |
| Υπηρεσίες / Δομές σίτισης | |  |  |
| Υπηρεσίες Νομικής συνδρομής | |  |  |
| Υπηρεσίες / Δομές εργασιακής επανένταξης | |  |  |
| Άλλες Υπηρεσίες / Δομές κοινωνικής επανένταξης | |  |  |
| Υπηρεσίες ψυχικής υγείας | |  |  |
| Άλλες υπηρεσίες υγείας | |  |  |
| Υπηρεσίες / Δομές πρόνοιας | |  |  |
| Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί, ΚοιΣΠΕ | |  |  |
| Φορείς της κοινότητας | |  |  |
| Χορηγοί | |  |  |
| Άλλη κατηγορία (αναφέρατε……) | |  |  |
| Άλλη κατηγορία (αναφέρατε……) | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Δ2.** | Αναφέρατε δράσεις που υλοποιήθηκαν ή υλοποιούνται κατόπιν συνεργασίας με άλλο φορέα/υπηρεσία στο πλαίσιο της δικτύωσης της Δομής, καθώς και τον σχετικό φορέα / υπηρεσία. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Δράση** | **Φορέας** |
| 1 | **.............................** | **.............................** |
| 2 | **.............................** | **.............................** |
| 3 | **.............................** | **.............................** |
| 4 | **.............................** | **.............................** |
| 5 | **.............................** | **.............................** |
| 6 | **.............................** | **.............................** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Δ3.** | Με ποιες/ους από τις/τους παραπάνω υπηρεσίες/φορείς είχατε συχνότερη και πιο ουσιαστική συνεργασία;  *(Καταγράψτε/αριθμήστε με βάση τη συχνότητα/σημαντικότητα της συνεργασίας)* | |
| 1 | | **………………………………** | |
| 2 | | **………………………………** | |
| 3 | | **………………………………** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Δ4.** | Από το συνολικό αριθμό ωφελουμένων της Δομής τι ποσοστό (%)των ωφελουμένων (κατ’ εκτίμηση) παραπέμφθηκε; | |
| από τη Δομή στο Κέντρο Κοινότητας για περαιτέρω υποστήριξη / λήψη υπηρεσιών | |  |
| από το Κέντρο Κοινότητας στη Δομή | |  |
| σε προγράμματα στεγαστικής επανένταξης | |  |
| στον ΟΑΕΔ | |  |
| σε άλλες υπηρεσίες/δομές απασχόλησης και κατάρτισης | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Δ5.** | Έχουν διοργανωθεί δράσεις δημοσιότητας από το Κέντρο/Υπνωτήριο (εκδηλώσεις, ημερίδες κ.α.); | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

| **Δ6.** | Εάν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα, αναφέρατε τις τρεις κυριότερες δράσεις | 1. …………………………………………………………………………………….. |
| --- | --- | --- |
| 2. …………………………………………………………………………………….. |
| 3. …………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία συμπλήρωσης του Ερωτηματολογίου | \_ \_ /\_ \_ /2020 |

***Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή***

***Για απορίες και υποστήριξη στη συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου μπορείτε να επικοινωνείτε με τον κ. ………… στο τηλ. …………………***

*--------* ***Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία και τις παρατηρήσεις σας*** *-------*