

# UPROSZCZONA OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

## POUCZENIE co do sposobu wypełniania oferty:

Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszczonymi przy poszczególnych polach lub w przypisach.

Zaznaczenie gwiazdką, np. "pobieranie\*/niepobieranie\*" oznacza, że należy skreślić niewłaściwą odpowiedź i pozostawić prawidłową. Przykład: "~~pobieranie~~\*/niepobieranie\*".

## I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Organ administracji publicznej, do którego adresowana jest oferta | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego                                                                                                                                                |
| 2. Rodzaj zadania publicznego <sup>1)</sup>                          | 6) ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<br>32) przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym |

## II. Dane oferenta(-tów)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nazwa oferenta(-tów), forma prawna, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby, strona www, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| Nazwa: <b>Fundacja Lambda Polska</b> , Forma prawna: <b>Fundacja</b> , Numer Krs: <b>0000991697</b> , Kod pocztowy: <b>71-771</b> , Poczta: <b>Szczecin</b> , Miejscowość: <b>Szczecin</b> , Ulica: <b>Rostocka</b> , Numer posesji: <b>160</b> , Województwo: <b>zachodniopomorskie</b> , Powiat: <b>Szczecin</b> , Gmina: <b>m. Szczecin</b> , Strona www: <b><a href="https://www.facebook.com/LambdaPolska">https://www.facebook.com/LambdaPolska</a></b> , Adres e-mail: <b>kontakt@lambdapolska.org</b> , Numer telefonu: <b>609890570</b> ,<br><br><b>Adres korespondencji:</b><br>Kod pocztowy: <b>70-460</b> , Poczta: <b>Szczecin</b> , Miejscowość: <b>Szczecin</b> , Ulica: <b>Piłsudskiego</b> , Numer posesji: <b>17</b> , Numer lokalu: <b>7C</b> , Województwo: <b>zachodniopomorskie</b> , Powiat: <b>Szczecin</b> , Gmina: <b>m. Szczecin</b> , |                                                                                             |
| 2. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Monika Tichy</b><br><br><b>Adres e-mail: monikatichy@xemantic.com Telefon: 609890570</b> |

## III. Zakres rzeczowy zadania publicznego

|                              |                                                                                                 |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tytuł zadania publicznego | Ochrona osób zagrożonych wykluczeniem przed przemocą domową i wsparcie ich zdrowia psychicznego |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                  |                         |            |                         |            |
|--------------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|
| <b>2. Termin realizacji zadania<sup>2)</sup></b> | <b>Data rozpoczęcia</b> | 23.11.2023 | <b>Data zakończenia</b> | 31.12.2023 |
|--------------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|

### 3. Syntetyczny opis zadania (wraz ze wskazaniem miejsca jego realizacji)

#### Opis zadania

Pomoc psychologiczna i praca psychoedukacyjna z rodzinami osób LGBT+, celem zwiększenia akceptacji mniejszościowej orientacji i tożsamości członków rodzin, a przez to zmniejszenie ryzyka doświadczenia przez nich przemocy. Wzmocnienie samooceny i świadomości swoich praw u osób LGBT+ tak aby miały więcej siły psychicznej dzięki której mogą przeciwstawić się przemocy emocjonalnej, werbalnej i ekonomicznej.

Osoby LGBT+ oraz członkowie ich rodzin będą mogli skorzystać z konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych indywidualnych oraz rodzinnych - stacjonarnie lub online.

Zapraszamy ich też na prowadzone przez psychologa grupy wsparcia gdzie poznają osoby które przechodzą lub przeszły podobne sytuacje i procesy.

Obecnie w naszym regionie na konsultację z psychiatrą dziecięcym na NFZ czeka się 9 miesięcy a na pomoc psychologiczną na NFZ - 2-3 lata. W ciągu ostatnich 2 lat ceny "prywatnych" spotkań psychologicznych wzrosły dwukrotnie a lekarskich trzykrotnie, zaś realne dochody gospodarstw domowych spadły na skutek inflacji. Tymczasem odsetek młodych osób doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego od 2019 wzrósł kilkakrotnie. Ponadto w populacji osób LGBT+ jest wyższy niż w reszcie populacji odsetek osób neuroróżnorodnych (spektrum autyzmu, ADHD) przez do doświadczają wykluczenia krzyżowego.

W grudniu 2021 został opublikowany Raport o sytuacji osób LGBTQ+ w regionie Zachodniopomorskim (którego współautorką jest koordynatorka niniejszego projektu). Badanie wskazało, że:

81% osób LGBT+ przynajmniej raz doświadczyło co najmniej jednego rodzaju przemocy: fizycznej, seksualnej, werbalnej, emocjonalnej, ekonomicznej, z powodu tego kim są i/lub kogo kochają. Przemoc fizyczna i/lub seksualna (w tym gwałt "naprawczy") spotkała 34 % osób LGBT+. 73% zostało skrzywdzonych więcej niż raz. 18% krzywdzonych jest często, regularnie lub codziennie. Wśród osób, które doświadczyły przemocy, co czwarta osoba została skrzywdzona przez rodziców. Co trzecia - w rodzinie (przez matkę, ojca, rodzeństwo, innych krewnych lub domowników). Skala przemocy w rodzinie byłaby znacznie większa, gdyby wszyscy LGBT+ informowali o tym krewnych. Tymczasem to właśnie rodzice i rodzina są tymi, przed którymi osoby LGBT+ najczęściej ukrywają swoją tożsamość, bo przeczuwają z ich strony zagrożenie. Ponad połowa naszych respondentów nie ujawnia się przed rodziną. 48% ujawniło się tylko jednej lub paru najbliższym osobom (partner/ka, przyjaciel, przyjaciółka, brat, siostra, kuzynka, czasem jedno z rodziców). Co dwudziesta osoba nie mówi nikomu.

Tylko co czwarta osoba LGBT+ jest w pełni akceptowana przez matkę. Tylko co szósta przez ojca. 17% doświadczyło bezdomności lub zagrożenia bezdomnością.

Nieakceptacja w domu jest największym czynnikiem ryzyka zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego u Osób LGBT+.

93% osób LGBT+ doświadcza obniżonego nastroju, 63% - depresji, 77% - stanów lękowych i/lub ataków paniki.

58% ma doświadczenie samookaleczeń. 79% myśli o samobójstwie, 32% próbowało zakończyć

swoje życie przynajmniej raz.

18% tej grupy społecznej doświadcza lub doświadczyło uzależnienia od alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Przyczyną tej sytuacji jest chroniczny lęk mniejszościowy, życie w strachu przed ujawnieniem i odrzuceniem, doświadczana przemoc i samotność, oraz niskie poczucie własnej wartości, narzucane przez homofobiczne i transfobiczne otoczenie społeczne i rodzinne oraz część polityków i mediów, utrzymujących wbrew wiedzy naukowej i medycznej, że mniejszościowe tożsamości płciowe i seksualne to "choroba", "grzech", "wynaturzenie", "zбочzenie".

W realizacji zadania jesteśmy przygotowani do zapewnienia warunków osobom ze specjalnymi potrzebami. (Dostępność pomieszczeń, tłumacz PJM, udogodnienia dla osób z deficytem wzroku lub mowy).

#### **Miejsce realizacji**

Obszar Województwa Zachodniopomorskiego

#### **4. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego**

| <b>Nazwa rezultatu</b>                                       | <b>Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (wartość docelowa)</b> | <b>Sposób monitorowania rezultatów / źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika</b> |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-60 sesji/wizyt pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej | pomoc udzielona 30-50 osobom/rodzinom.                            | na podstawie faktur od specjalistów                                                |

#### **5. Krótka charakterystyka Oferenta, jego doświadczenia w realizacji działań planowanych w ofercie oraz zasobów, które będą wykorzystywane w realizacji zadania.**

##### **Charakterystyka oferenta**

Fudacja Lambda Polska zajmuje się szeroko rozumianą tematyką praw i wsparcia osób LGBT+, a koncentruje się głównie na działaniach pomocowych skierowanych do konkretnych jednostek będących w trudnej sytuacji życiowej. Działania prowadzimy w sposób nieprzerwany od momentu powstania Fundacji. Główną formą pomocy jest pomoc psychologiczna. Prowadzimy także finansowanie wizyt lekarskich i badań diagnostycznych wymaganych w procesie tranzycji osób transpłciowych, oraz udzielamy pomocy prawnej przy sporządzaniu dokumentów potrzebnych do korekty oznaczenia płci. Pomagamy osobom LGBT+ w kryzysie bezdomności, osobom pokrzywdzonym dyskryminacją, ofiarom przemocy. Fundacja prowadzi także działania skierowane do rodziców osób LGBT+, organizując dla nich grupę wsparcia i opiekę psychologiczną. Grupa gromadzi osoby z całego regionu a także z przygranicznego obszaru Niemiec Prowadzimy także finansowanie wizyt lekarskich i badań diagnostycznych wymaganych w procesie tranzycji osób transpłciowych, oraz udzielamy pomocy prawnej przy sporządzaniu dokumentów potrzebnych do korekty oznaczenia płci. Pomagamy osobom LGBT+ w kryzysie bezdomności, osobom pokrzywdzonym dyskryminacją, ofiarom przemocy.

##### **Doświadczenia w realizacji działań planowanych w ofercie**

W ciągu pierwszych 12 miesięcy swojej pracy (wrzesień 2022-wrzesień 2023) Lambda Polska udzieliła 1031 jednostek pomocy indywidualnej (wizyt, sesji, konsultacji) 216 osobom LGBT+ i ich rodzicom, prowadzimy także pomoc w postaci grup wsparcia naziemnych z których regulanie korzysta ponad sto osób. Koordynacją tego projektu zajmuje się mgr Monika Pacyfka Tichy, która ma 6 lat doświadczenia w prowadzeniu programów pomocowych skierowanych do osób LGBT+. Administracją zajmuje się Małgorzata Kot, osoba aktywistyczna z kilkunastoletnim doświadczeniem w administrowaniu programów pomocowych.

#### **Zasoby, które będą wykorzystywane w realizacji zadania**

Sieć ponad 20 współpracujących, sprawdzonych, doświadczonych specjalistów zdrowia psychicznego, wyłącznie osoby z wykształceniem wyższym i wymaganymi specjalizacjami. Biuro, w którym mogą odbywać się spotkania.

#### **IV. Szacunkowa kalkulacja kosztów realizacji zadania publicznego**

| Lp.                                               | Rodzaj kosztu                                                           | Wartość PLN | Z dotacji | Z innych źródeł |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------------|
| 1.                                                | sesje/wizyty u psychologa/terapeuty/psychiatry, po 150-250 zł za wizytę | 10 000,00   |           |                 |
| <b>Suma wszystkich kosztów realizacji zadania</b> |                                                                         | 10 000,00   | 10 000,00 | 0,00            |

## **V. Oświadczenia**

Oświadczam(y), że:

- 1) proponowane zadanie publiczne będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta(-tów);
- 2) pobieranie świadczeń pieniężnych będzie się odbywać wyłącznie w ramach prowadzonej odpłatnej działalności pożytku publicznego;
- 3) oferent\* / oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / ~~zalega(-ją)\*~~ z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
- 4) oferent\* / oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / ~~zalega(-ją)\*~~ z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;
- 5) dane zawarte w części II niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\* / ~~inną właściwą ewidencją\*~~ ;
- 6) wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 7) w zakresie związanym ze składaniem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

.....

....

.....

....

.....

....

(podpis osoby  
upoważnionej  
lub podpisy osób  
upoważnionych  
do składania oświadczeń  
woli  
w imieniu oferenta)

Data.....

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający osobowość prawną oferenta (skan) *(fakultatywny)*
2. potwierdzenie złożenia oferty *(obligatoryjny - złożony elektronicznie)*

<sup>1)</sup> Rodzaj zadania zawiera się w zakresie zadań określonych w art. 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2018 r. poz. 450, z późn. zm.).

<sup>2)</sup> Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni.