

Załącznik nr 6. Umowa uczestnictwa w projekcie pn. „Przepis na Opiekę”

UMOWA UCZESTNICTWA

Zawarta w Łodzi w dniu

pomiędzy

Fundacją Wiosna-Jesień , z siedzibą w Łodzi, 90-711 Łódź, ul. Żeromskiego 15 lok.3B, działającą na podstawie wpisu do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia, w Łodzi pod nr KRS 0000657393, NIP 726-266-40-12 REGON 366288322, reprezentowaną przez Justynę Kliombka-Jarzynę zwaną dalej „Partnerem projektu”

a

Panią/Panem (imię i nazwisko),

zamieszkałą/ym w (miasto), (kod pocztowy),

ul.,

legitymującą się dowodem osobistym nr (seria i numer),

PESEL, nr tel. zwaną dalej „Uczestniczką/Uczestnikiem”.

§1

Przedmiot umowy

- 1.1 Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie Uczestniczce/Uczestnikowi przez Realizatora projektu wsparcia w postaci udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę”.
- 1.2 Projekt realizowany jest na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPLD.09.02.02-10-C007/18-00 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie IX.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – ZIT.
- 1.3 Wsparcie udzielane jest dla opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, która przystąpiła do projektu pn. „Przepis na Opiekę”.
- 1.4 Wsparcie zostanie udzielone w następujących formach:
 - 1.4.1 Spotkania z psychologiem 4 godz.
 - 1.4.2 Zajęcia tematyczne w zakresie 44 godz. w następujących blokach: komunikowanie się z osobą starszą; sprawowanie opieki nad osobą starszą w warunkach domowych- aspekty psychologiczne; prawa pacjenta, zachowanie równowagi między potrzebami osoby niesamodzielnej i opiekuna; grupy wsparcia, fora internetowe, organizacje pozarządowe; edukacja w zakresie odpowiedniego żywienia osoby niesamodzielnej.
 - 1.4.3 Pomoc opiekunów, którzy będą pełnić rolę zastępczą względem opiekunów faktycznych, a także opiekuńczą dla osób niesamodzielnych. Ich pomoc obejmie zarówno wsparcie przy podstawowych czynnościach pielęgnacyjnych, jak również przygotowywanie

pośilków dla osoby niesamodzielnej, wsparcie w załatwianiu spraw medycznych i urzędowych osoby niesamodzielnej, wsparcie towarzyszące, stanowiące odciążenie dla opiekunów faktycznych.

§2

Warunki korzystania ze wsparcia

- 2.1 Uczestniczka/Uczestnik pouczone o odpowiedzialności za składania niezgodnych z prawdą oświadczeń potwierdza, że dane przedstawione w złożonym formularzu rekrutacyjnym, w tym także w sekcji „Deklaracja” są prawdziwe i aktualne.
- 2.2 Udział w Projekcie jest bezpłatny, tj. Realizator Projektu nie pobiera od Uczestników żadnych opłat z tytułu ich udziału.
- 2.3 W/w wsparcie będzie świadczone przez okres około 12 miesięcy.
- 2.4 Projekt, o którym mowa w punkcie 1.2 będzie realizowany w okresie 01.11.2018 do 31.12.2020.
- 2.5 Opieka świadczona będzie w miejscu zamieszkania Uczestniczki/Uczestnika projektu.
- 2.6 Harmonogram godzin pracy zostanie ustalony indywidualnie z Uczestniczką/Uczestnikiem projektu i będzie świadczony w godzinach od 8:00 – 20:00 w dni powszednie oraz weekendy.

§3

Zakres zadań i obowiązki Stron Umowy

- 3.1 Partner projektu jest odpowiedzialny za realizację Projektu zgodnie z zapisami zatwierdzonego Wniosku aplikacyjnego, przestrzegając warunków umowy o dofinansowanie nr RPLD.09.02.02-10-C007/18-00 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie IX.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – ZIT.
- 3.2 Uczestniczka/ Uczestnik zobowiązuje się do:
 - 3.2.1 Złożenia podpisu na stosownej dokumentacji, która ma na celu potwierdzenie wizyty kadry świadczącej wsparcie, o której mowa w punkcie 1.4.
 - 3.2.2 Poinformowania pielęgniarki koordynującej o każdej nieobecności lub sytuacjach losowych, w których niemożliwe jest udzielanie wsparcia przez kadrę medyczną.
 - 3.2.3 Poinformowania pielęgniarki koordynującej o wszelkich nieprawidłowościach występujących podczas udzielanego wsparcia w formie długoterminowej opieki domowej.

§4

Rozwiązanie umowy

- 4.1. Realizator projektu może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy Uczestniczka/Uczestnik:
 - 4.1.1 Nie wypełnia bez przyjętego przez Realizatora projektu usprawiedliwienia jednego ze swych zobowiązań, o którym mowa w §3 i po otrzymaniu pisemnego upomnienia nadal się do nich nie stosuje.
- 4.2. W sytuacji znacznej poprawy stanu zdrowia tzn. wynik w skali Barthel powyżej 60 pkt Uczestnika/Uczestniczki projektu wsparcie w formie długoterminowej opieki zostanie

wycofane. Decyzja ta podejmowana będzie przez lekarza POZ oraz/lub pielęgniarkę koordynującą.

- 4.3. Umowa wygasa ze skutkiem natychmiastowym w wyniku zgonu Uczestniczki/Uczestnika projektu.
- 4.4. Uczestniczka/Uczestnik ma prawo rezygnacji ze wsparcie udzielanego w formie długoterminowej opieki na każdym etapie realizacji projektu.
- 4.5. Uczestniczka/Uczestnik zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji i dostarczenia jej do Realizatora Projektu.

§5

Postanowienia końcowe

- 5.1 Postanowienia niniejszej umowy podlegają prawu polskiemu.
- 5.2 Wszelkie spory między Partnerem Projektu a Uczestniczką/Uczestnikiem związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Partnera Projektu.
- 5.3 Uczestniczka/Uczestnik nie ma prawa przenoszenia praw ani obowiązków wynikających z niniejszej umowy na jakikolwiek podmiot trzeci.
- 5.4 Umowę sporządzono w języku polskim, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.
- 5.5 Umowa może wejść w życie od momentu podpisania jej przez obie strony.

.....
Partner projektu

.....
Uczestnik/Uczestniczka

Załączniki:

Załącznik nr 1. Oświadczenie uczestnika/opiekuna faktycznego projektu.