Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM”

UMOWA UCZESTNCTWA

zawarta w Łodzi w dniu ……

pomiędzy

HRP Care Sp. z o. o. , z siedzibą w Łodzi, 90-349 Łódź, ul. Tymienieckiego 19A, działającą na podstawie wpisu do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia, w Łodzi pod nr KRS 0000422527, NIP 725-192-26-40 REGON 100203674, reprezentowaną przez Panią ……. – …….., zwaną dalej **„Realizatorem projektu”;**

a

Panią/Panem ……..……..……(imię i nazwisko),

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

ul.……..……,

PESEL ……, nr tel. ……. zwaną dalej **„Uczestnikiem”**.

§1. Przedmiot umowy

1.1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie Uczestnikowi przez Realizatora projektu wsparcia w postaci udziału w projekcie pn. „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM”.

1.2. Projekt realizowany jest na podstawie umowy o dofinansowanie nr …….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. Projekt będzie realizowany w okresie 01.07.2021 r. - do 31.08.2023 r.

1.3. Wsparcie zostanie udzielone w następujących formach:

1.3.1. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – średnio 4 wizyty tygodniowo, każda wizyta po około 2 godziny.

1.3.2. Wsparcie realizowane przez opiekunów medycznych – średnio 3 wizyty tygodniowo, każda po około 2 godziny.

1.3.3. Opieka i prowadzenie dietetyka w zakresie diety osoby niesamodzielnej – średnio 1 wizyta na miesiąc trwająca około 1 godzinę.

1.3.4. Opieka fizjoterapeutyczna w tym opieka rehabilitacyjna, zapobieganie odleżynom, przykurczom - średnio 4 wizyty miesięcznie, trwające po około 1 godzinę.

§2. Warunki korzystania ze wsparcia

2.1. Uczestnik oświadcza, iż został pouczony o odpowiedzialności za składania niezgodnych z prawdą oświadczeń i potwierdza, że dane przedstawione w formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i aktualne.

2.2. Udział w Projekcie jest bezpłatny, tj. Realizator Projektu nie pobiera od Uczestnika żadnych opłat z tytułu ich udziału.
2.3. Wskazane w § 1 umowy wsparcie będzie świadczone przez okres maksymalnie 12 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy.
2.4. Opieka świadczona będzie w miejscu zamieszkania Uczestnika.
2.5. Harmonogram godzin pracy opieki długoterminowej zostanie ustalony indywidualnie z 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. Realizator projektu jest odpowiedzialny za realizację Projektu zgodnie z zapisami zatwierdzonego Wniosku aplikacyjnego, przestrzegając warunków umowy o dofinansowanie 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. 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.
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. Wypowiedzenie umowy. Wygaśniecie umowy

4.1. Umowa może zostać wypowiedziana przez Realizatora projektu w trybie natychmiastowym z ważnych powodów, w tym w szczególności:
4.1.1. wystąpienia przyczyn uniemożliwiających świadczenie usług teleopiekuńczych na rzecz Uczestnika, w szczególności przyczyn technicznych;
4.1.2. naruszenia przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy lub postanowień innych dokumentów w ramach Projektu;
4.1.3. zaprzestania realizacji Projektu lub dokonania w nim zmian uniemożliwiających dalsze świadczenie usług teleopiekuńczych;
4.1.4. znacznej poprawy stanu zdrowia Uczestnika, tj. w sytuacji uzyskania przez Uczestnika wyniku w skali Barthel powyżej 60 pkt. Ocena poprawy stanu zdrowia Uczestnika będzie dokonywana przez lekarza POZ oraz/ lub pielęgniarkę koordynującą.
4.2. Umowa może zostać rozwiązania w każdej chwili za pisemnym porozumieniem stron.
4.3. Umowa wygasa ze skutkiem natychmiastowym w wyniku zgonu Uczestnika.
4.4. Uczestnik ma prawo do rozwiązania umowy w każdym momencie. Rozwiązanie umowy przez Uczestnika wymaga złożenia Realizatorowi projektu pisemnego oświadczenia w tym zakresie.

§5. Postanowienia końcowe

5.1. Postanowienia niniejszej umowy podlegają prawu polskiemu.
5.2. Wszelkie spory między Realizatorem projektu a Uczestnikiem związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Realizatora projektu.
5.3. 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 wchodzi w życie z dniem jej podpisania.

…… ……

Realizator projektu Uczestnik/Uczestniczka

……
Opiekun faktyczny (fakultatywnie)