**UMOWA UCZESTNICTWA**

Dnia ………………… r. w Łodzi pomiędzy Stronami:

**Fundacją 4Future**, z siedzibą w Łodzi 90-349, 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 0000377944 , NIP 7252039726 , REGON , 10103336900000 reprezentowanym przez Panią Malwinę Graczykowską na mocy pełnomocnictwa z dnia 03.12.2019 zwanym dalej „Liderem (Realizatorem)”,

a

**HRP Care Sp. z o.o**. z siedzibą 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 0000456376, NIP 9471982088 , REGON 101579430, reprezentowanym przez Panią Karolinę Stolarczyk, Menadżera projektu zwanym dalej „Partnerem nr 1”.

a   
**Panią/Panem** ……………………… zamieszkałą/ym ………………………., ul. …………………………………, legitymującą się dowodem osobistym nr ……………………………… (seria i numer), PESEL …………………….., nr tel. …………………………, zwaną dalej „Uczestniczką/Uczestnikiem”

1. **Przedmiot umowy**
   1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie Uczestniczce/Uczestnikowi przez Realizatora projektu wsparcia   
      w postaci udziału w projekcie pn „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego.”
   2. Projekt realizowany jest na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPLD.09.02.02-10-0020/16-00 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. Wsparcie zostanie udzielone w następujących formach:
      1. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – 4 wizyty tygodniowo;
      2. Wsparcie opiekunów w zakresie funkcji towarzyszenia – 1 wizyta tygodniowo;
      3. Opieka i prowadzenie dietetyka w zakresie diety osoby niesamodzielnej – 1 wizyta miesięcznie;
      4. Opieka rehabilitanta - 2 wizyty miesięcznie;
      5. Wsparcie psychologa – 1 wizyta miesięcznie.
2. **Warunki korzystania ze wsparcia**
   1. Uczestniczka/Uczestnik pouczona 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. Udział w Projekcie jest bezpłatny, tj. Realizator Projektu **nie pobiera od Uczestników żadnych opłat z tytułu ich udziału**.
   3. W/w wsparcie będzie świadczone przez okres ………………….. r. do …………………….. r.
   4. Projekt, o którym mowa w punkcie 1.2 będzie realizowany w okresie IX.2018 do XII.2021 w trzech turach.
   5. Opieka świadczona będzie w miejscu zamieszkania Uczestniczki/Uczestnika projektu.
   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**
   1. **Lider** jest odpowiedzialny za realizację Projektu zgodnie z zapisami zatwierdzonego Wniosku aplikacyjnego, przestrzegając warunków umowy o dofinansowanie nr RPLD.09.02.02-10-0020/16-00 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.
   2. **Partner nr 1** jest odpowiedzialny za realizację Zadania: Opieka Długoterminowa w warunkach domowych, zgodnie   
      z opisem Zadania nr 2 we wniosku aplikacyjnym i zobowiązuje się do przestrzegania warunków umowy   
      o dofinasowanie nr RPLD.09.02.02-10-0020/16-00.
   3. **Uczestniczka/ Uczestnik/Opiekun faktyczny zobowiązuje się** d**o:**
      1. Złożenia podpisu na stosownej dokumentacji, która ma na celu potwierdzenie wizyty kadry świadczącej wsparcie, o której mowa w punkcie 1.3.
      2. Poinformowania pielęgniarki koordynującej o każdej nieobecności lub sytuacjach losowych, w których niemożliwe jest udzielanie wsparcia przez kadrę medyczną.
      3. Poinformowania pielęgniarki koordynującej o wszelkich nieprawidłowościach występujących podczas udzielanego wsparcia w formie długoterminowej opieki domowej.
4. **Rozwiązanie umowy**
   1. Realizator projektu (Lider) może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy Uczestniczka/Uczestnik:
      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.
   2. W sytuacji znacznej poprawy stanu zdrowia tzn. wynik w skali Barthel powyżej 60 pkt Uczestniczki/Uczestnika projektu wsparcie w formie długoterminowej opieki zostanie wycofane. Decyzja ta podejmowana będzie przez lekarza POZ oraz/ lub pielęgniarkę koordynującą.
   3. Umowa wygasa ze skutkiem natychmiastowym w wyniku zgonu Uczestniczki/Uczestnika projektu.
   4. Uczestniczka/Uczestnik ma prawo rezygnacji ze wsparcie udzielanego w formie długoterminowej opieki na każdym etapie realizacji projektu.
   5. Uczestniczka/Uczestnik zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji i dostarczenia jej do Realizatora Projektu.
5. **Postanowienia końcowe**
   1. Postanowienia niniejszej umowy podlegają prawu polskiemu.
   2. Wszelkie spory między Realizatorem Projektu a Uczestniczką/Uczestnikiem związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Realizatora Projektu.
   3. Uczestniczka/Uczestnik nie ma prawa przenoszenia praw ani obowiązków wynikających z niniejszej umowy na jakikolwiek podmiot trzeci.
   4. Umowę sporządzono w języku polskim, w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.
   5. Umowa może wejść w życie od momentu podpisania jej przez Strony.

**……………………………………………… …………………………………………………**

Uczestnik/Uczestniczka Lider projektu

**………………………………………………… …………………………………………………**

Opiekun faktyczny(fakultatywnie) Partner nr 1