

Załącznik nr 6. Umowa uczestnictwa w projekcie pn. „Przepis na Opiekę” w zakresie opieki zdeinstytucjonalizowanej w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM)

## UMOWA UCZESTNICTWA

Zawarta w Łodzi w dniu .....

Pomiędzy:

**Miejskim Centrum Medycznym im. dr. Karola Jonschera w Łodzi**, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, pod nr KRS 0000014060, wpisanym do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą pod nr 000000004685, posiadającym NIP: 7282289592, Regon: 472237185, reprezentowanym przez ....., zwanym dalej „**Realizatorem DDOM**”,

a

**Panią/Panem** ..... (imię i nazwisko), zamieszkałą/-ym w ..... (miasto), ..... (kod pocztowy), ul. ...., legitymującą/-ym się dowodem osobistym nr ..... (seria i numer), PESEL ....., nr tel. ...., zwaną/-ym dalej „**Uczestniczką/Uczestnikiem**”.

### §1.

#### Przedmiot umowy

1.1 Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie Uczestniczce/Uczestnikowi przez Realizatora DDOM wsparcia w postaci udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę” w zakresie opieki zdeinstytucjonalizowanej w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM).

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 zostanie udzielone Uczestniczce/Uczestnikowi w następujących zakresach:

- 1.3.1 Diagnostowanie i prowadzenie terapii przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny,
- 1.3.2 Opieka pielęgniarska,
- 1.3.3 Usprawnienie ruchowe,
- 1.3.4 Terapia zajęciowa,
- 1.3.5 Stymulacja procesów poznawczych,
- 1.3.6 Wyżywienie i transport z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem.

## §2.

### Warunki korzystania ze wsparcia

- 2.1 Uczestniczka/Uczestnik pouczone/-ny 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 DDOM nie pobiera od Uczestników żadnych opłat z tytułu udzielonego wsparcia.
- 2.3 Udział w projekcie wymaga podania i przetwarzania danych osobowych – Uczestnik oświadcza, że otrzymał „Oświadczenie uczestnika projektu” i rozumie, że warunkiem objęcia Projektem jest wyrażenie dobrowolnej zgody na podanie i przetwarzanie danych osobowych. W braku wyrażenia zgody, niniejsza umowa ulega rozwiązaniu.
- 2.4 Wsparcie będzie świadczone przez okres ustalany indywidualnie dla Uczestniczki/Uczestnika przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.
- 2.4 Projekt, o którym mowa w punkcie 1.2 będzie realizowany w okresie 01.11.2018 do 31.12.2020.
- 2.5 Opieka medyczno-opiekuńcza świadczona będzie w Łodzi, przy ul. Przyrodniczej 7/9.
- 2.6 DDOM będzie funkcjonował przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie.

## §3.

### Zakres zadań i obowiązki Stron Umowy

- 3.1 Realizator DDOM 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
- 3.2 Uczestniczka/ Uczestnik zobowiązuje się do:
- 3.2.1 Zaakceptowania i podpisania stosownej dokumentacji, która ma na celu potwierdzenie otrzymania wsparcia, o którym mowa w pkt. 1.3.
  - 3.2.2 Poinformowania pielęgniarki koordynującej o każdej nieobecności lub sytuacjach losowych/zdrowotnych, w których niemożliwe jest kontynuowanie pobytu w DDOM.
  - 3.2.3 Poinformowania pielęgniarki koordynującej o wszelkich nieprawidłowościach występujących podczas udzielanego wsparcia w formie usług medyczno-opiekuńczych.

## §4.

### Rozwiązanie umowy

- 4.1 Realizator DDOM może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy Uczestniczka/Uczestnik nie wypełnia bez przyjętego przez Realizatora DDOM usprawiedliwienia jednego ze swych zobowiązań, o którym mowa w §3 i po otrzymaniu pisemnego upomnienia nadal się do nich nie stosuje.
- 4.2 Umowa wygasa ze skutkiem natychmiastowym w wyniku zgonu Uczestniczki/Uczestnika projektu.
- 4.3 Uczestniczka/Uczestnik ma prawo rezygnacji z udzielonego wsparcia na każdym etapie realizacji projektu, w takim przypadku Uczestniczka/Uczestnik zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji i dostarczenia jej do Realizatora DDOM.

## §5.

### Postanowienia końcowe

- 5.1 Postanowienia niniejszej umowy podlegają prawu polskiemu.
- 5.2 Wszelkie spory między Realizatorem DDOM a Uczestniczką/Uczestnikiem związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Realizatora DDOM.
- 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 wchodzi w życie od momentu podpisania jej przez obie strony.

.....  
Realizator DDOM

.....  
Uczestnik/Uczestniczka

.....  
Opiekun faktyczny(fakultatywnie)

### Załączniki:

Załącznik nr 1. Oświadczenie uczestnika projektu.