

Załącznik nr 5. Umowa uczestnictwa w projekcie pn. „Przepis na Opiekę”

UMOWA UCZESTNICTWA

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.....
.....zwaną dalej „Realizatorem 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 zostanie udzielone w następujących formach:

1.3.1 Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa - 4 wizyty tygodniowo,

1.3.2 Opieka i prowadzenie diety w zakresie diety osoby niesamodzielnej – śr. 2 wizyty miesięcznie,

1.3.3 Zabiegi fizjoterapeutyczne, w tym zapobieganie odleżynom, przykurczom- śr. 4 wizyty miesięcznie,

1.3.4 Wsparcie psychologiczne, na rzecz osoby niesamodzielnej- śr. 1 wizyta miesięcznie.

§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 Realizator 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

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 1.3.
- 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 Uczestniczki/Uczestnika 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 wsparcia 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 Realizatorem Projektu a Uczestniczką/Uczestnikiem związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Realizatora 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.

.....
Realizator projektu

.....
Uczestnik/Uczestniczka

.....
Opiekun faktyczny(fakultatywnie)

Załączniki:

Załącznik nr 1. Oświadczenie uczestnika projektu.