Załącznik nr 4 Umowa wsparcia w projekcie wraz z załącznikami
 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn.  *„Przepis na Zdrowie”*

**UMOWA UCZESTNCTWA**

Zawarta w Łodzi w dniu ………………………

 pomiędzy

HRP Care Sp. z o.o., 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 0000456376, NIP 9471982088, REGON 101579430, reprezentowanym przez ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. zwaną dalej „Realizatorem projektu”

a

Panią/Panem …………………………………………..…………………………………..………………………… (imię i nazwisko), zamieszkałą/ym w …..……………………..………….. (miasto), …………………………..…………. (kod pocztowy),

ul. …………………………………………………………………………………………………………………………………..……,

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. „Przepis na Zdrowie”.
	2. Projekt realizowany jest na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPLD.10.03.01-10-0009/18 Regionalnego programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 (dalej RPO WŁ 2014-2020) współfinansowanym
	z Europejskiego Funduszu Społecznego (dalej EFS), Oś: X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie; Działanie: X.3 Ochrona utrzymanie i przywrócenie zdrowia; Poddziałanie: X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.
	3. Wsparcie zostanie udzielone w następujących formach:
		1. Warsztaty grupowe – 10 spotkań po 2 godz. każde:
			1. Trening rozwijania umiejętności psychospołecznych: 2 zajęcia x 2 godz./zajęcia.
			2. Trening radzenia sobie ze stresem: 2 zajęcia x 2 godz./zajęcia.
			3. Trening rozwijania umiejętności emocjonalnych: 2 zajęcia x 2 godz./zajęcia.
			4. Trening zarządzania sobą w czasie: 1 zajęcia x 2 godz./zajęcia,
			5. Zajęcia relaksacyjne: 3 zajęcia x 2godz./zajęcia.
		2. Indywidualne konsultacje psychologiczne/psychiatryczne – 4 spotkania/każde po 60 min/osoba.
		3. Na zakończenie udziału w programie każdy Uczestnik weźmie udział w konsultacjach
		z psychologiem/psychiatrą, w toku którego wypełni testy analogiczne jak w kwalifikacji. Zostanie omówione
		z Uczestnikiem wynik testu oraz udział w programie, a także przekazane zostaną zalecenia co do dalszego postępowania – 90 min/osoba.
		4. Zindywidualizowane zajęcia ruchowe – 8 zajęć/osoba. Uczestnik zobowiązany jest do przedłożenia dokumentów potwierdzających zrealizowanie zajęć (faktury, rachunki) wraz z potwierdzeniami zapłaty.
		5. Wsparcie w opiece nad osobami zależnymi – 4 godziny/zajęcia, 18 zajęć/osoba.
2. **Warunki korzystania ze wsparcia**
	1. Uczestniczka/Uczestnik pouczona o odpowiedzialności za składanie niezgodnych z prawdą oświadczeń potwierdza, że dane przedstawione w złożonym formularzu rekrutacyjnym, w tym także w sekcji „Oświadczenie”
	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 około 3 miesięcy.
	4. Projekt, o którym mowa w punkcie 1.2 będzie realizowany w okresie 01.09.2019 do 31.08.2022.
	5. Zajęcia wskazane w pkt 1.3.1 realizowane są w 5 lokalizacjach na terenie Łodzi wskazanej w czasie trwania projektu.
	6. Zajęcia realizowane są w dniach i godzinach dostosowanych do preferencji Uczestników od poniedziałku do soboty
	w godzinach 8:00-21:00.
	7. Tematyka i formuła zindywidualizowanych zajęć ruchowych wybierana jest przez Uczestników, przy czym każdy Uczestnik otrzyma informację co do możliwości refundacji kosztu zajęć przez Realizatora projektu oraz sposobu ich rozliczania.
	8. W celu rozliczenia zajęć ruchowych: opracowano przewodnik rozliczenia refundacji zajęć ruchowych (jest on na bieżąco weryfikowany i uaktualniany przez Realizatora projektu- nie podlega aneksowaniu)
	9. W celu rozliczenia wsparcia: zatrudnienia i rozliczenia wsparcia dla osób zależnych, o którym mowa w pkt 1.3.5 opracowano przewodnik rozliczenia wsparcia (jest on na bieżąco weryfikowany i uaktualniany przez Realizatora projektu- nie podlega aneksowaniu).

1. **Obowiązki Uczestniczki/Uczestnika**
	1. Uczestnik projektu oświadcza, iż zapoznał się z treścią Regulaminu i zobowiązuje się do respektowania zawartych w nim postanowień.
	2. Wsparcie wskazane w pkt 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4 są obligatoryjne dla Uczestników projektu.
	3. Złożenia podpisu na stosownej dokumentacji, która ma na celu potwierdzenie korzystania ze wsparcia, o którym mowa w punkcie 1.3.
	4. Poinformowania Realizatora projektu o każdej nieobecności lub sytuacjach losowych, w których niemożliwe jest uczestniczenie w udzielonym wsparciu.
	5. Poinformowania Realizatora projektu o wszelkich nieprawidłowościach występujących podczas udzielanego wsparcia.
	6. Uczestnik projektu do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuje się do przekazania informacji do Biura projektu (adres: ul. Tymienieckiego 19a, Łódź; mailowo: karolina.stolarczyk@hrp.com.pl) swojego statusu na rynku pracy po opuszczeniu programu.
	7. Uczestnik projektu wyraża zgodę na wykorzystanie jego wizerunku i przetwarzanie danych osobowych na potrzeby projektu.
	8. Uczestnik projektu oświadcza, iż na dzień zawarcia umowy wszelkie dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Zdrowie”, stanowiącym podstawę od przyjęcia go do projektu, są prawdziwe i aktualne.
2. **Rozwiązanie umowy**
	1. Realizator projektu może wypowiedzieć umowę w przypadku, gdy Uczestniczka/Uczestnik:
		1. nie wypełnia bez przyjętego przez Realizatora projektu usprawiedliwienia jednego ze swych zobowiązań, o którym mowa w pkt 3 i do 15 dni kalendarzowych od otrzymaniu pisemnego upomnienia nadal się do nich nie stosuje.
		2. Ze skutkiem natychmiastowym w przypadku rażącego naruszenia przez Uczestnika projektu postanowień niniejszej umowy, w szczególności nieusprawiedliwionej nieobecności na zajęciach, o których mowa w pkt 1.3 oraz podania nieprawdziwych danych zawartych formularzu zgłoszeniowym o którym mowa w pkt 3.8.
	2. W wypadku nieuzasadnionej rezygnacji z udziału w projekcie lub skreślenia z listy uczestników przez Realizatora w trakcie trwania formy wsparcia, Organizator może obciążyć Uczestnika projektu odszkodowaniem w wysokości odpowiadającej kosztom poniesionym na Uczestnika projektu określonymi w budżecie projektu.
	3. Umowa wygasa ze skutkiem natychmiastowym w wyniku zgonu Uczestniczki/Uczestnika projektu.
	4. Uczestniczka/Uczestnik zobowiązany jest do złożenia pisemnej rezygnacji do 15 dni kalendarzowych od otrzymania ostatniego wsparcia wraz z uzasadnieniem i dostarczenia jej do Realizatora projektu.
3. **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. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
	5. Umowę sporządzono w języku polskim, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.
	6. Umowa wchodzi w życie od momentu podpisania jej przez obie strony.

Załączniki:

1. Formularz danych osobowych Uczestnika.
2. Formularz zgłoszeniowym do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Zdrowie”.
3. Oświadczenie Uczestnika projektu do przetwarzania danych osobowych.
4. Rezygnacja z udziału w projekcie.
5. Oświadczenie o zgodzie na publikowanie wizerunku.

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

Uczestnik/Uczestniczka Realizator projektu