

UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
pn. „Program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach
zgierskim i brzezińskim”
dla Opiekuna Faktycznego

Zawarta w w dniu pomiędzy:

Medical Sp. z o.o., ul. Sosnowa 4, 95-015 Głowno, posługującą się nadanym mej Numerem Identyfikacji Podatkowej 7331347712 oraz numerem REGON 101773155, reprezentowaną przez Mariusza Kokocińskiego, realizującą w województwie łódzkim projekt: „Program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, zwanym w dalszej części umowy „Projektodawcą”

a

.....zamieszkałą/ym w.....
przy ul., nr PESEL:,
zwaną/ym w dalszej części umowy „Uczestnikiem Projektu”

o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udział Uczestnika Projektu w projekcie pt. „Program wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Włączenie społeczne, Działanie 9.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie 9.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne – ZIT. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

§ 2

1. Projektodawca realizuje projekt „Program wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 w okresie od 1 lipca 2017 do 30 czerwca 2019 roku.

2. W ramach Projektu, Uczestnik projektu jest zobowiązany do udziału w następujących formach wsparcia:

a) Szkolenia opiekunów faktycznych w trybie 1 na 1 z zakresu:

- a. Sposoby aktywizowania podopiecznych (6h)
- b. Metody pracy z podopiecznym cierpiącym na deficyty pamięci (6h)
- c. Metody pracy z podopiecznym niepełnosprawnym intelektualnie (6h)
- d. Metody pielęgnacyjne (6h).

Każde szkolenie zakończy się testem mającym na celu weryfikację poziomu nabytych kompetencji.

b) Dodatkowo dla opiekunów faktycznych zostaną udostępnione dyżury psychoterapeuty/psychiatry (wg potrzeb). Przewiduje się średnio 20 h wsparcia psychoterapeuty/psychiatry dla jednego opiekuna faktycznego (elastyczne dopasowanie do indywidualnych potrzeb opiekunów).

c) Wypożyczalnia sprzętu – będzie otwarta 5 dni w tygodniu, mieścić się będzie w ZOL. Opiekun faktyczny w ramach wypożyczalni może skorzystać również z pomocy w przygotowaniu warunków domowych w zakresie wypożyczanego sprzętu oraz porad mailowych, telefonicznych i osobistych w zakresie: pielęgnacji osoby niesamodzielnej, zasiłków, pomocy społecznej, pomoc w organizacji sprzętu rehabilitacyjnego, transport do lekarza, w organizacji dostępnych form wsparcia. Wypożyczalnia będzie bezpłatna, pobierana będzie kaucja zwrotna za wypożyczony sprzęt. Szczegółowe zasady funkcjonowania reguluje Regulamin Wypożyczalni.

§ 3

1. Uczestnik Projektu oświadcza, iż zapoznał się z Regulaminem Projektu oraz spełnia warunki uczestnictwa w nim określone, w tym jest osobą zamieszkałą na terenie obszaru ŁOM w powiatach zgierskim i brzezińskim w woj. łódzkim w rozumieniu Kodeksu Cywilnego oraz jest Opiekunem Faktycznym uczestnika niniejszego projektu – osoby niesamodzielnej.
2. Uczestnik Projektu jest świadomy odpowiedzialności, w tym odpowiedzialności cywilnej, za składanie nieprawdziwych oświadczeń, na podstawie których został zakwalifikowany do udziału w Projekcie.
3. Uczestnik Projektu zobowiązuje się do:
 - regularnego, punktualnego i aktywnego uczestnictwa we wszystkich przeznaczonych dla niego formach wsparcia oraz do potwierdzenia swojej obecności na listach obecności;
 - pisemnego usprawiedliwienia swojej nieobecności,
 - wypełniania ankiet ewaluacyjnych, opinii, testów wiedzy oraz wszelkich dokumentów niezbędnych w procesie realizacji Projektu;
 - udzielania wszelkich informacji związanych z uczestnictwem w Projekcie instytucjom zaangażowanym we wdrażanie działania 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT;
 - pisemnego usprawiedliwienia rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie.

§ 4

1. Prawa i obowiązki Uczestnika Projektu oraz Projektodawcy, związane z realizacją Projektu, określone są w Regulaminie Projektu.

§ 5

1. Umowa zostaje zawarta na czas trwania form wsparcia i nie dłużej niż do zakończenia projektu tj. 30 czerwca 2019.
2. Rezygnacja z udziału w Projekcie możliwa jest tylko w uzasadnionych przypadkach i następuje poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Za dzień rezygnacji przyjmuje się datę otrzymania oświadczenia przez Projektodawcę.
3. Projektodawca zastrzega sobie prawo do skreślenia Uczestnika Projektu z listy uczestników w przypadku naruszenia regulaminu oraz zasad współżycia społecznego.
4. W przypadku nieuzasadnionej rezygnacji z udziału w projekcie (tj. z przyczyn zależnych od Uczestnika Projektu) Uczestnik Projektu może zostać obciążony kosztami uczestnictwa w Projekcie.
5. Niniejsze postanowienie wynika z faktu, iż Projekt jest finansowany ze środków publicznych, w związku z czym na Projektodawcy spoczywa szczególnie obowiązek dbałości o ich prawidłowe i zgodne z założonymi celami wydatkowanie.

§ 6

1. Zmiana warunków niniejszej Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Prawem właściwym dla oceny wzajemnych praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy, jest prawo polskie.
3. Jurysdykcja do rozstrzygania sporów wynikłych na tle stosowania niniejszej umowy jest po stronie sądów polskich.

4. W okresie trwania niniejszej umowy strony są zobowiązane informować się nawzajem na piśmie o każdej zmianie adresu swojego zamieszkania lub siedziby. W razie zaniedbania tego obowiązku korespondencję wysłaną na uprzednio wskazany adres listem poleconym za potwierdzeniem odbioru i nieodebraną, uważa się za doręczoną.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego. Sprawy wynikłe na tle niniejszej Umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby Projektodawcy.
6. **Wszelką korespondencję dotyczącą projektu należy kierować na adres Biura Projektu: Zakład Opiekuńczo Leczniczy w Głownie, Ul. Sosnowa 4, 95-015 Głowno**

§7

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....

Data i podpis Uczestnika Projektu

.....

Data, podpis i pieczęć Projektodawcy