

Projekt „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020

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 – Śródmieście, w Łodzi pod nr KRS 0000377944 , NIP 7252039726 , REGON , 10103336900000 reprezentowanym przez Justynę Kliombkę - Jarzynę, zwanym dalej „Liderem (Realizatorem)”,

a

Fundacją Gajusz, z siedzibą 93-271 Łódź, ul. Dąbrowskiego 87, działającą na podstawie wpisu do rejestru stowarzyszeń o nr KRS 0000109866, NIP 7251657818, REGON 471690103, reprezentowaną przez Wiceprezes Zarządu Annę Rajska – Rutkowską, zwaną dalej „Partnerem”

a

Panią/Panem (imię i nazwisko),

zamieszkałą/ym w (miasto), (kod pocztowy),

ul.

PESEL, nr tel.

reprezentowanym przez opiekuna/opiekunkę prawnego/prawną

.....

(podpis opiekuna/opiekunki)

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 „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego.”
- 1.2 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.
- 1.3 Wsparcie zostanie udzielone w następujących formach:

Biuro Projektu: Fundacja 4Future ul. Tymienieckiego 19, 90-349 Łódź

Projekt „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020

- 1.3.1 wspieranie rodzin w czasie trwania choroby przez wolontariuszy – średnio 4 wizyty w miesiącu;
- 1.3.2 pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych wraz ze wsparciem socjalnym – średnio 4 wizyty w miesiącu;
- 1.3.3 edukacja i poradnictwo zdrowotne (medyczne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, dietetyczne, logopedyczne) – średnio 6 wizyt w miesiącu;
- 1.3.4 zajęcia dodatkowe dla rodzeństw dzieci chorych (korepetycje, zajęcia hobbistyczne) – 4 zajęcia w miesiącu;
- 1.3.5 spotkania terapeutyczne dla rodzeństw dzieci chorych – 1 spotkanie w miesiącu;
- 1.3.6 wsparcie psychologiczne rodzin w czasie żałoby;
- 1.3.7 udostępnienie niezbędnych urządzeń i wymiernych materiałów do opieki.

§2. Warunki korzystania ze wsparcia

- 2.1 Opiekun prawny Uczestnika/Uczestniczki pouczony o odpowiedzialności za składanie 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 miesięcy.
- 2.4 Projekt, o którym mowa w punkcie 1.2 będzie realizowany w okresie IX.2018 do VI.2021.
- 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. **Lider** jest odpowiedzialny za realizację Projektu zgodnie z zapisami zatwierzonego 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.
- 3.2. **Partner** jest odpowiedzialny za realizację Zadania: Opieka hospicyjna w warunkach domowych, zgodnie z umową 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.
- 3.3. Opiekun prawny w imieniu **Uczestnika/Uczestniczki** oraz Opiekun faktyczny zobowiązują 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 kadry koordynującej o każdej nieobecności lub sytuacjach losowych, w których niemożliwe jest udzielanie wsparcia o którym mowa w punkcie 1.3.
 - 3.2.3. Poinformowania kadry koordynującej o wszelkich nieprawidłowościach występujących podczas udzielanego wsparcia w formie opieki hospicyjnej w warunkach domowych.

Projekt „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020

4. Rozwiązanie umowy

Realizator projektu (Lider) może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy Uczestniczka/Uczestnik:

- 4.1. Nie wypełnia bez przyjętego przez Realizatora projektu usprawiedliwienia jednego ze swych zobowiązań, o którym mowa w punkcie 3.3. 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 opieki hospicyjnej w warunkach domowych 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 opieki hospicyjnej w warunkach domowych 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 jakkolwiek podmiot trzeci.
- 5.4 Umowę sporządzono w języku polskim, w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.
- 5.5 Umowa może wejść w życie od momentu podpisania jej przez Strony.

.....
Opiekun prawny w imieniu Uczestnika/Uczestniczki

.....
Lider projektu

.....
Opiekun faktyczny(fakultatywnie)

.....
Partner