



ZAŁĄCZNIK NR 3

UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

dla osoby wymagającej opieki

zawarta w

(miejsowość, data)

pomiędzy:

Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe, z siedzibą przy ul. Krypska 39, 04-082 Warszawa, NIP: 1130103905, zwanym dalej Beneficjentem

a

imię i nazwisko:

zamieszkałą/-ym:

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

posiadającą/cym nr PESEL.....

zwaną/y m dalej „Uczestniczką/Uczestnikiem projektu”.

§ 1 Objaśnienie pojęć

Ilekroć w umowie jest mowa o:

1. Beneficjencie projektu –Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe, z siedzibą: ul. Krypska 39, 04-082 Warszawa, podmiot, który zawarł i realizuje umowę o dofinansowanie projektu pt. „Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej na Pradze-Południe w Warszawie” FEMA.08.05-IP.01-09SH/25.
2. Biurze projektu – adres: Mazowiecki Dom Opieki Medycznej, ul. gen. R. Abrahama 16, 03-998 Warszawa, biuro projektu czynne jest w dni robocze w godzinach od 8.00 do 17.00.
3. Danych osobowych – oznacza to dane osobowe w rozumieniu art. 4 pkt 1 RODO, dotyczące uczestników Projektu, które muszą być przetwarzane przez Instytucję Pośredniczącą oraz Beneficjenta.



4. Dokumentach zgłoszeniowych – oznacza to dokumenty, o których mowa w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
5. Instytucji Zarządzającej Programem Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 (FEM 2021–2027) – oznacza to, że funkcję IZ FEM 2021–2027 pełni Zarząd Województwa Mazowieckiego, w imieniu którego działa Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa.
6. Projekcie – oznacza to projekt pt. „Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej na Pradze-Południe w Warszawie” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu, Działanie 8.5 Usługi społeczne i zdrowotne Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027;nr FEMA.08.05-IP.01-09SH/25.
7. Przetwarzaniu danych osobowych – oznacza to jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak: zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w CST 2021 (SL2021, SM EFS).
8. Regulaminie – oznacza to Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej na Pradze-Południe w Warszawie”.
9. Uczestniczce/Uczestniku projektu – oznacza to osobę fizyczną, która została zakwalifikowana do udziału w projekcie, tj.: osobę która spełniła wszystkie kryteria włączające do projektu, o których mowa w § 3 Regulaminu, zwana dalej „osobą wymagającą opieki”.

§ 2 Przedmiot umowy

1. Niniejsza umowa została zawarta na potrzeby realizacji przez Beneficjenta projektu.
2. Umowa reguluje prawa i obowiązki stron w zakresie uczestnictwa w projekcie.
3. Zasady uczestnictwa w projekcie określa Regulamin.
4. Wsparcie udzielane jest w okresie realizacji projektu.



§ 3 Oświadczenia Uczestnika/Uczestniczki projektu i okres obowiązywania umowy

1. Uczestniczka/Uczestnik projektu oświadcza, że zapoznała/ł się z treścią Regulaminu i zobowiązuje się do przestrzegania zawartych w nim postanowień oraz oświadcza, że spełnia warunki uczestnictwa w projekcie.
2. Uczestniczka/Uczestnik projektu oświadcza, że wszystkie jej/jego dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w trakcie rekrutacji (w dokumentach zgłoszeniowych) są aktualne, a w przypadku ich zmiany w trakcie obowiązywania niniejszej umowy w ciągu 3 dni roboczych powiadomi o tym Beneficjenta.
3. Uczestniczka/Uczestnik projektu oświadcza, że została/ł poinformowany przez Beneficjenta o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Niniejsza umowa zawarta jest na czas uczestnictwa w projekcie.
5. Za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaje się datę udzielonej pierwszej formy wsparcia.
6. Za datę zakończenia udziału w projekcie uznaje się dzień, w którym Uczestniczka/Uczestnik projektu zakończyła/ł udział w projekcie zgodnie z zaplanowanym indywidualnym planem opieki lub dzień zaprzestania udziału w projekcie, w tym przerywania udziału w projekcie przed zakończeniem zaplanowanych form wsparcia z przyczyn, o których mowa w § 4 i § 5 umowy.

§ 4 Prawa i obowiązki Uczestnika/Uczestniczki projektu

1. Osoba, będąca Uczestniczką/Uczestnikiem projektu ma prawo do skorzystania z form wsparcia przewidzianych w projekcie, które będą wynikać z opracowanego przez lekarza/rkę, pielęgniarkę/rza i psychologa/żkę indywidualnego planu opieki, dalej IPO.
2. Uczestniczka/Uczestnik projektu ma prawo wymagać by wsparcie było realizowane zgodnie z zaakceptowanym IPO i by było świadczone przez cały rok, we wszystkie dni robocze tygodnia, w tym przez co najmniej 9 godzin dziennie.
3. Zakres usług obejmuje:
 - a. usługi opiekuńcze i pielęgniarskie



- b. zajęcia terapeutyczne
 - c. zajęcia logopedyczne
 - d. rehabilitację
 - e. konsultacje psychologiczne
 - f. konsultacje dietetyczne
 - g. konsultacje lekarskie
 - h. konsultacje z pracownikiem socjalnym
 - i. 2 posiłki dziennie
 - j. edukację zdrowotną
 - k. wydarzenia okolicznościowe
 - l. transportu uczestników, którzy ze względu na stan zdrowia lub ograniczoną samodzielność wymagają wsparcia w dojeździe do MDOM oraz ich powrotu do miejsca zamieszkania.
4. Uczestniczka/Uczestnik projektu ma prawo zgłaszać swoje uwagi do zakresu wsparcia oraz IPO, przekazując informacje do Beneficjenta.
5. Uczestniczka/Uczestnik projektu zobowiązuje się do:
- a. zapoznania się z postanowieniami Regulaminu i przestrzegania jego postanowień;
 - b. udostępnienia swoich danych osobowych, niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu oraz poinformowania w ciągu 3 dni roboczych Beneficjenta o każdorazowej zmianie danych kontaktowych (numer telefonu, adres do korespondencji) oraz innych zdarzeniach mogących zakłócić lub uniemożliwić dalsze uczestnictwo w projekcie;
 - c. uczestnictwa w zaplanowanych formach wsparcia wynikających z IPO;
 - d. poddania się ewaluacji wsparcia minimum raz na 4 miesiące;
 - e. pisemnego potwierdzenia zrealizowania w danym dniu zaplanowanego wsparcia;
 - f. przestrzegania ustalonego czasu trwania przewidzianych w ramach projektu form wsparcia;
 - g. współpracy z osobami świadczącymi w projekcie usługi zdrowotne i społeczne;
 - h. wzięcia udziału w przyszłym ewentualnym badaniu ewaluacyjnym na potrzeby pomiaru wskaźników rezultatu po zakończeniu udziału w projekcie;



- i. poddania się ewentualnym czynnościom kontrolnym prowadzonym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie z wybranych form wsparcia.
6. Uczestniczka/Uczestnik projektu ma prawo do rezygnacji z udziału w projekcie w przypadku, gdy rezygnacja nastąpiła wskutek:
 - a. działania siły wyższej,
 - b. ważnych przyczyn osobistych (losowych).
7. Rezygnacja z udziału w projekcie wymaga zgłoszenia w formie pisemnego oświadczenia Uczestniczki/Uczestnika projektu o przyczynie rezygnacji w terminie 7 dni roboczych od momentu zaistnienia przyczyn powodujących konieczność przerwania udziału w projekcie.
8. Prawa i obowiązki Uczestniczki/Uczestnika projektu wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na rzecz osób trzecich.

§ 5 Zasady wyłączenia z uczestnictwa w projekcie

1. Uczestniczka/Uczestnik projektu, wymagający opieki podlega wyłączeniu z uczestnictwa w projekcie w przypadku, gdy:
 - a. przestanie spełniać któreś z kryteriów włączenia, o których mowa w § 1 Regulaminu,
 - b. skorzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,
 - c. skorzysta z innego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi w formie dziennej finansowanej z NFZ lub innych środków publicznych,
 - d. podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaburzenie psychiczne (inne niż choroba otępienna) lub uzależnienie (nie wyklucza się natomiast współistnienia tych zaburzeń u Uczestnika/Uczestniczki projektu,
 - e. stan Uczestnika/Uczestniczki projektu pogorszy się na tyle, że wymagana będzie realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne),
 - f. żaden opiekun faktyczny Uczestnika/Uczestniczki projektu nie weźmie udziału w łącznie dwóch spotkaniach podsumowujących udział



Uczestnika/Uczestniczki w projekcie po ewaluacji, z elementami psychoedukacji (odnosi się do osób, które wskazały opiekunów faktycznych),

- g. przekroczony zostanie limit miesięcznej nieobecności, tj. nieobecność w MDOM będzie większa niż 10 dni roboczych w danym miesiącu kalendarzowym,
 - h. dochodzi do uniemożliwienia personelowi projektu świadczenia zaplanowanych form wsparcia.
2. Decyzję o wyłączeniu z uczestnictwa w projekcie podejmuje zespół terapeutyczny MDOM.
 3. Wyłączenie z uczestnictwa w projekcie, o którym mowa w ust. 1, jest skuteczne od dnia doręczenia Uczestniczce/Uczestnikowi projektu osobiście, mailowo lub drogą pocztową (na adres wskazany w formularzu rekrutacyjnym) pisemnego oświadczenia o wyłączeniu z uczestnictwa w projekcie oraz rozwiązaniu niniejszej umowy.
 4. Od decyzji, o której mowa w ust. 2 dotyczącej uczestnictwa danej osoby w projekcie nie przysługuje odwołanie.

§ 6 Postanowienia końcowe

1. Umowa wchodzi w życie w dniu podpisania jej przez obie strony.
2. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają postanowienia obowiązującego Regulaminu oraz przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1237 z późn. zm.).
4. Ewentualne spory związane z realizacją niniejszej umowy strony będą starały się rozwiązać polubownie.
5. W przypadku braku porozumienia pomiędzy stronami spór rozpozna sąd powszechny właściwy dla siedziby Beneficjenta.
6. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....

Podpis i pieczętka Beneficjenta

.....

Podpis Uczestniczki/Uczestnika

projektu lub Opiekuna faktycznego