Załącznik nr 4 do SWZ – Kontrakt trójstronny

**UMOWA TRÓJSTRONNA (WZÓR)**

na

***Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (AOON) w ramach projektu pn. „Nie muszę być sam – wsparcie dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów w oparciu o model asystenta osobistego”***

zawarty dnia …………………….…

pomiędzy:

Gminą Trzemeszno, z siedzibą w Trzemesznie przy ul. Gen. Henryka Dąbrowskiego 2, 62-240 Trzemeszno działającą za pośrednictwem Ośrodka Pomocy Społecznej w Trzemesznie, ul. Kościuszki 35, 62-240 Trzemeszno, NIP: 784-225-12-03

reprezentowaną przez Iwonę Mietlicką – Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Trzemesznie zwanym  **„Realizatorem projektu”**

**a**

Panią/Panem………………………………………………………..

zwaną dalej „**Uczestnikiem projektu”**

**a**

Panią/Panem……………………………………………………………

……………………………………………………………………………

zwaną dalej **„Asystentem Osobistym Osoby z Niepełnosprawnością”**

**§ 1**

1. **Realizator projektu** oświadcza, że:
2. Niniejsza umowa współfinansowana jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego plus, w ramach realizacji projektu: ,,Nie muszę być sam – wsparcie dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów w oparciu o model asystenta osobistego” w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski na lata 2021-2027 w ramach Działania 6.14 Usługi społeczne i zdrowotne w ramach ZIT.
3. **Uczestnik projektu** oświadcza że:
4. zapoznał/a się i w pełni akceptuje regulamin uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w ramach projektu „Nie muszę być sam – wsparcie dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów w oparciu o model asystenta osobistego”;
5. został/a poinformowany/a, iż projekt: ,, Nie muszę być sam – wsparcie dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów w oparciu o model asystenta osobistego” jest współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
6. jest osobą z niepełnosprawnością - zgodnie z orzeczeniem wydanym przez właściwy organ i uprawnioną do korzystania ze świadczeń przewidzianych niniejszym umową;
7. nie zataił/a i nie zatai informacji o swoim stanie zdrowia oraz zobowiązuje się każdorazowo poinformować Asystenta, gdyby taka sytuacja zaistniała, co skutkować może czasowym zawieszeniem świadczenia usługi;
8. nie jest objęta/y tym samym rodzajem wsparcia współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
9. wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1781).

**§ 2**

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie bezpłatnych usług asystenckich na rzecz Uczestnika projektu zwanych dalej usługami asystenckimi. W ramach Projektu nie są prowadzone usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
2. Usługi Asystenckie świadczone będą przez Asystentów Osobistych Osoby z Niepełnosprawnością zatrudnionych przez Realizatora projektu zwanymi dalej Asystentami.
3. Uczestnik projektu przyjmuje do wiadomości, że ilość czasu pracy asystenta będzie dopasowana i uzależniona comiesięcznie zarówno od indywidualnego zapotrzebowania na usługę, ale od możliwości (m.in. finansowych w ramach posiadanych środków projektowych) i możliwości udzielenia takiego wsparcia wszystkim uczestnikom projektu.
4. Świadczenie usługi będzie odbywać się na podstawie zgłoszonego zapotrzebowania i wypełnionego pisemnego formularza rekrutacyjnego uczestnika projektu o przyznanie wsparcia Świadczeniobiorcy.
5. Usługi asystenckie mogą być świadczone od poniedziałku do niedzieli, w godzinach między 7.00 a 21.00 za wyjątkiem świąt.
6. Świadczenie usług asystenckich zostanie ustalone przez Asystenta, Uczestnika projektu i Realizatora projektu w oparciu o wypełniony formularz rekrutacyjny uczestnika projektu lub pojawiające się zapotrzebowanie w trakcie trwania usługi.
7. Usługi asystenckie będą świadczone w miejscach zamieszkania Uczestnika projektu, jak i również w obiektach użyteczności publicznej i przestrzeniach publicznych.
8. Uczestnik projektu zobowiązuje się podać miejsce spotkania z asystentem, planowany czas usługi i zakres czynności oraz potwierdzić skorzystanie z niej własnoręcznym podpisem na liście obecności i karcie czynności asystenta w danym dniu i potwierdzenia odbioru usługi na koniec każdego miesiąca.
9. W przypadku rezygnacji z zamówionej usługi zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie koordynatora projektu Panią Iwonę Mietlicką, tel. 667 707 014.

**§ 3**

1. Strony zgodnie ustalają, że Asystent będzie uprawniony do odstąpienia (powstrzymania się, lub przerwania) od czynności asystenckich w danym dniu, jeżeli stwierdzi, że:
2. Uczestnik projektu pozostaje pod wpływem alkoholu lub środków odurzających,
3. stan jego zdrowia znacznie się pogorszył i nie pozwala na kontynuowanie wsparcia asystenckiego.
4. O zaistnieniu którejkolwiek z w/w sytuacji Asystent zobowiązany będzie poinformować Realizatora projektu.
5. W przypadku sytuacji określonej powyżej, Realizator projektu uprawniony będzie do wypowiedzenia umowy ze skutkiem czasowym bądź natychmiastowym.
6. Świadczenie usługi będzie natychmiast przerwane jeśli Uczestnik projektu stwierdzi stan Asystenta wskazujący na spożycie alkoholu lub innych środków odurzających.
7. W razie zaistnienia w/w sytuacji Uczestnik projektu jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania o tym koordynatora projektu Panią Iwonę Mietlicką tel. 667 707 014 lub osobę ją zastępującą, pod nr tel. 61 415 41 65.

**§ 4**

1. Usługi asystenckie obejmują pomoc Asystenta dla Uczestnika projektu w: poruszaniu się, komunikowaniu, w czynnościach codziennych, w pełnieniu ról społecznych.
2. Zakres usług podstawowych:
3. pomoc w przygotowaniu do wyjścia poza miejsce zamieszkania, dojazdach

w wybrane przez Osobę z Niepełnosprawnością miejsce oraz powrocie (np. dom, praca, szkoła, lekarz, urzędy, rehabilitację, zajęcia terapeutyczne, kursy, szkolenia zawodowe itp.);

1. pomoc w załatwieniu spraw codziennych i urzędowych;
2. pomoc w skutecznym komunikowaniu się z otoczeniem;
3. pomoc w korzystaniu z oferty edukacyjnej i kulturalnej (np. wyjście do placówek oświatowych, kina, teatru, muzeum itp.);
4. pomoc w korzystaniu z różnych źródeł informacji, czytanie prasy, książek lub prowadzenie korespondencji osobom niezdolnym do samodzielnego czytania;
5. pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego;
6. pomoc w korzystaniu z dostępnych na rynku form wsparcia w zakresie rehabilitacji społecznej;
7. pomoc osobie z niepełnosprawnością w korzystaniu z oferty sportowej i turystycznej w tym zajęć sportowych i obiektów sportowych: basen, siłownia i inne sporty;
8. pomoc w podstawowych czynnościach o charakterze higieniczno – pielęgnacyjnych pod warunkiem, ze mają charakter wyłącznie usług towarzyszących i wymaga tego udział w życiu społecznym.
9. Asystent ma prawo odmówić Uczestnikowi projektu zrealizowania usługi:
10. w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Uczestnika projektu jak i Asystenta,
11. w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość łamania przepisów prawa.
12. Uczestnik projektu ma obowiązek traktować Asystenta z szacunkiem i nie może wymagać od Asystenta świadczenia usług innych niż wymienione powyżej.
13. Uczestnik projektu nie może żądać od asystenta wykonywania czynności medycznych oraz zadań z zakresu rehabilitacji zdrowotnej.
14. Asystent zobowiązuje się świadczyć usługi rzetelnie, w terminie, z zachowaniem należytej staranności, przy pełnym wykorzystaniu swojej wiedzy.

**§ 5**

1. Świadczone usługi asystenckie są bezpłatne.
2. Uczestnik projektu może korzystać z usług asystenckich jedynie w sytuacji, kiedy jest to niezbędne i uzasadnione. Nie dopuszcza się korzystania z usług Asystenta w charakterze osoby biernej.
3. Wszelkie nieporozumienia wynikające ze świadczenia usługi asystenckiej Uczestnik projektu i Asystent zobowiązani są wyjaśnić w pierwszej kolejności pomiędzy sobą a przypadku braku możliwości porozumienia przy pomocy osoby ds. wsparcia asystenckiego lub koordynatora projektu.

**§ 6**

1. Do obowiązków Uczestnika projektu należy niezwłoczne informowanie Realizatora projektu o wszelkich przeszkodach w wykonywaniu zlecenia, zmianach, jakie zaszły po jego stronie, w tym w odniesieniu do treści oświadczeń, jakie złożył Realizatorowi projektu w formularzu rekrutacyjnym.

**§ 7**

1. Realizator projektu nie ponosi wobec Uczestnika projektu odpowiedzialności cywilnej za szkody na osobie i mieniu wyrządzone czynem niedozwolonym przez Asystenta. Ewentualne roszczenia z tego tytułu Uczestnik projektu będzie dochodził bezpośrednio od Asystenta.
2. W przypadku odstąpienia przez Asystenta od świadczeń asystenckich, w sytuacjach przewidzianych w niniejszej umowie Realizator projektu nie ponosi odpowiedzialności za szkody w mieniu i na osobie wobec Uczestnika projektu powstałe w czasie po odstąpieniu od czynności asystenckich.

**§ 8**

1. Umowa może zostać rozwiązana przez strony ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku:
2. rezygnacji ze świadczeń usług poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej, pod rygorem nieważności,
3. szczególnie rażącego naruszenia postanowień regulaminu i umowy.

**§ 9**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …………………..…... do chwili braku zapotrzebowania na usługę, nie dłużej jednak niż do dnia 31.03.2027 roku z możliwością skrócenia okresu jej świadczenia.
2. Do spraw nieuregulowanych w umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Ewentualne spory wynikające z realizacji niniejszej umowy lub jej dotyczące będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowo dla Realizatora projektu.
4. Zmiany umowy oraz wszelkie oświadczenia Stron wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Umowa wchodzi w życie w dniu jej podpisania.
6. umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Realizatora projektu, jeden dla Uczestnika projektu i jeden dla Asystenta Osobistego osoby z Niepełnosprawnością.

………………………………….………..

Realizator projektu

………………….……..………………….……… Uczestnik projektu/Opiekun prawny

………………………….…………………………

Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością

Załączniki:

Zał. nr 1 do umowy trójstronnej (kontraktu) - Indywidualny Plan Wsparcia

Zał. nr 2 do umowy trójstronnej (kontraktu) - Karta usługi asystenckiej

Załącznik nr 1

do umowy trójstronnej (kontraktu)

**INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA**

**UCZESTNIKA PROJEKTU**

1. **Imię, nazwisko oraz wiek uczestnika projektu, uprawnionego do korzystania z usług asystenckich:**

……………………………………………………………………………………………………………

**II. Ocena samodzielności (właściwe zaznaczyć):**

Poruszanie się:

* Osoba leżąca/zależna
* Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się nie przesiada)
* Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się przesiada)
* Osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu pomocniczego/innych osób
* Osoba poruszająca się samodzielnie

Poruszanie się po powierzchniach płaskich:

* Samodzielnie się nie porusza
* Samodzielnie przejdzie niewielki odcinek
* Przy większych odległościach potrzebuje nadzoru

Poruszanie się po schodach:

* Samodzielnie nie porusza się po schodach
* Z trudnością pokonuje niewiele schodów
* Samodzielnie pokonuje schody

Spożywanie posiłków:

* Wymaga karmienia
* Samodzielnie spożywa przygotowany i podany posiłek
* Samodzielnie przygotowuje i spożywa śniadania i kolacje, wymaga pomocy przy przygotowaniu obiadu
* Samodzielnie przygotowuje i spożywa wszystkie posiłki

Utrzymanie higieny osobistej:

* Wymaga całkowitej opieki drugiej osoby przy wykonywaniu czynności higienicznych
* Wymaga pomocy przy wykonywaniu toalety przy łóżku (np. podanie miski z wodą)
* Wymaga opieki przy kąpieli, samodzielna w zakresie umycie twarzy, zębów, uczesanie się
* Samodzielna w zakresie utrzymania higieny osobistej

Potrzeby fizjologiczne:

* Osoba nie kontroluje potrzeb fizjologicznych (użycie pielucho-majtek)
* Osoba nie zawsze zgłasza potrzeby fizjologiczne
* Osoba zgłasza potrzeby fizjologiczne, wymaga pomocy przy dotarciu do WC
* Osoba samodzielnie zaspokaja potrzeby fizjologiczne

Ubieranie/rozbieranie się:

* Osoba wymaga pomocy przy założeniu/zdjęciu ubrania
* Osoba wymaga częściowej pomocy przy założeniu niektórych części garderoby np. buty, rajstopy
* Osoba wymaga przygotowania garderoby, sama się ubiera
* Osoba ubiera się samodzielnie

**III. Sytuacja osobista:**

Zagrożenia ze strony osoby z niepełnosprawnościami dla siebie i otoczenia TAK / NIE

Jeśli TAK – to jakie?

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

(np. odkręca gaz, wodę, je różne rzeczy, nie leczy się, nie przyjmuje leków, podejmuje

zachowania niebezpieczne i autoagresywne, uzależnienia, odmawianie pomocy, inne)

Kiedy takie fakty miały miejsce, jaka jest częstotliwość ich występowania:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**IV. Sytuacja rodzinna:**

* Osoba samotna
* Osoba posiadająca rodzinę

- wydolność /zaangażowanie rodziny:

* pełna wydolność rodziny (osoba funkcjonuje w środowisku przy wsparciu rodziny)
* niepełna wydolność rodziny (konieczne jest wsparcie OPS)
* brak opieki ze strony rodziny(niechęć,niemożność,np.za granicą)

**V. Rodzaje wsparcia, z jakich osoba objęta wsparciem będzie korzystała:**

* Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb, w wykonywaniu czynności dnia codziennego
* Opieka higieniczna – czynności związane z utrzymaniem higieny
* Czynności organizacyjne
* Czynności pielęgnacyjne
* Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
* Pomoc przy wyjściu z domu, powrocie lub dojazdach z osobą z niepełnosprawnością w wybrane miejsca
* Zwiększenie aktywności osoby z niepełnosprawnością
* Integracja społeczna
* Inne:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

………………………………………………………………………………..

Data i podpis uczestnika projektu lub jego opiekuna prawnego:

………………………………………………………………………………………………

Data i podpis realizatora projektu:

………………………………………………………………………………………………………….

Załącznik nr 2

do umowy trójstronnej (kontraktu)

**KARTA USŁUGI ASYSTENCKIEJ**

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………

Adres uczestnika projektu:

………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od ……………………….…….…do …....….……………..….…

Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….…………………………202….. r. wyniosła ……………..……… godzin.

……………………………………………………………………………

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika projektu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

…………………………………………………………………….

Data i podpis Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.