

Umowa Nr

o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024

zawarta w dniu 2024 roku

pomiędzy :

Gminą Libiąż - Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Libiążu ul. 9 Maja 2, 32-590 Libiąż reprezentowanym przez Panią Sylwię Paleczny – Dyrektora OPS w Libiążu zwanym dalej „Ośrodkiem”

a Panią/Panem:

Zamieszkałą/ym.....

PESEL nr:.....

zwaną/ym dalej „Uczestnikiem”

W związku z zakwalifikowaniem Uczestnika do udziału w programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 zwanego dalej Programem,

Strony postanawiają zawrzeć niniejszą Umowę o następującej treści

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest bezpłatne świadczenie usług „opieki na odległość” na rzecz Uczestnika wraz z przekazaniem do wyłącznego bezpłatnego używania monitorującej stan zdrowia opaski na nadgarstek wraz z instrukcją obsługi, ładowarką oraz kartą SIM, zwaną dalej „Urządzeniem”.

2. Wartość Urządzenia wynosi 756,00 zł. brutto.

3. Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność Ośrodka, a Uczestnik nie ma prawa swobodnie nim dysponować.

§ 2

Uczestnik oświadcza, że:

- 1) Nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez niego z usług teleopieki,
- 2) Wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Programu, a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne,
- 3) Zapoznał się z postanowieniami Regulaminu świadczenia usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie te postanowienia oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

§ 3

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres od dnia..... do dnia 31.12.2024 r..

2. Przekazanie Urządzenia potwierdzone będzie Protokołem zdawczo-odbiorczym, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.

§ 4

1. W celu prawidłowej realizacji usług teleopieki Uczestnik zobowiązuje się do:

- a) wypełnienia Karty Informacyjnej Podopiecznego dotyczącej, w szczególności stanu zdrowia Uczestnika.
 - b) korzystania z Urządzenia w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i właściwościami oraz postanowieniami niniejszej Umowy, w tym zgodnie z instrukcją obsługi Urządzenia, jak również dbania o stan fizyczny powierzonego Urządzenia z zachowaniem należytej staranności oraz utrzymania Urządzenia w należytym stanie technicznym,
 - c) nieusuwania lub niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Urządzeniu. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z Urządzenia skutkować będzie pozbawieniem go możliwości kontaktu z centrum teleopieki, a w konsekwencji brakiem możliwości udzielenia mu pomocy,
 - d) niewykorzystywania Urządzenia do wykonywania połączeń z centrum teleopieki w sytuacjach nie wymagających udzielenia Uczestnikowi pomocy, a w szczególności nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia, życia lub bezpieczeństwa Uczestnika.
2. W przypadku utraty lub uszkodzenia Urządzenia Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu, ul. 9 Maja 2 32-590 Libiąż tel. 32 627 78 25. Za uszkodzenia powstałe z powodu korzystania przez Uczestnika z Urządzenia w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem lub właściwościami, lub w inny sposób sprzeczny z niniejszą umową, a w szczególności w sposób niegodny z instrukcją obsługi Uczestnik ponosi pełną odpowiedzialność, w tym zobowiązany jest do pokrycia wszelkich kosztów związanych z naprawą Urządzenia.
3. W przypadku utraty lub uszkodzenia w sposób trwały Urządzenia Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia, chyba że do utraty lub ww. uszkodzenia doszło z przyczyn, za które Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności.
4. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za używaną opaskę monitorującą stan zdrowia, jeżeli do jej uszkodzenia doszło w następstwie działania siły wyższej (przez którą rozumie się zdarzenia zewnętrzne niemożliwe do zapobieżenia i przewidzenia, takie jak np. wojna, klęska żywiołowa, strajk, zamieszki uliczne) lub w przypadku awarii spowodowanej wadą ukrytą Urządzenia.
5. Uczestnik zobowiązuje się nie oddawać, nie pożyczać, czy też nie udostępniać w jakikolwiek inny sposób Urządzenia innym osobom, jak również nie wywozić Urządzenia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Uczestnik Programu przyjmuje do wiadomości, że świadczenie usług teleopieki może się odbywać wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 5

1. Korzystanie z usług teleopieki jest dobrowolne.
2. Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności za szkody materialne i niematerialne związane ze świadczeniem usług „opieki na odległość” na rzecz Uczestników Programu, w szczególności:
 - 1) wyłączona jest jakakolwiek odpowiedzialność Ośrodka z tytułu korzystania przez Uczestnika z Urządzenia w sposób sprzeczny z niniejszą Umową oraz w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem i właściwościami.
 - 2) Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu nie ponosi odpowiedzialności, w szczególności:
 - a) z tytułu doznanego uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieprawidłowym i niezgodnym z niniejszą Umową użytkowaniem Urządzenia, w szczególności z instrukcją obsługi Urządzenia,
 - b) w przypadku odłączenia Urządzenia z przyczyn leżących po stronie Uczestnika lub samodzielnego wyłączenia przez Uczestnika Urządzenia, lub rozładowania Urządzenia w czasie świadczenia usługi,

- c) w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez Uczestnika,
 - d) korzystania z Urządzenia przez inną osobę niż Uczestnik.
4. Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

§ 6

1. Umowa może zostać wypowiedziana przez każdą ze stron w każdym czasie z zachowaniem 7- dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy powinno być złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:
 - a) upływu okresu jej obowiązywania,
 - b) przerwania uczestnictwa w projekcie w związku ze zmianą miejsca zamieszkania przez Uczestnika poza Gminę Libiąż,
 - c) śmierci Uczestnika,
 - d) rozwiązania lub wypowiedzenia umowy między gminą Libiąż a firmą świadczącą usługę teleopieki wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach programu "Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2024.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez Ośrodek w trybie natychmiastowym, w następujących okolicznościach:
 - a) naruszenia przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy, a w szczególności niewywiązania się przez Uczestnika z obowiązków, o których mowa w § 4 ust. 1 niniejszej Umowy lub naruszenia przez Uczestnika postanowień Regulaminu, o którym mowa w § 2 ust. 3 niniejszej Umowy,
 - b) trwałego uszkodzenia Urządzenia z przyczyn, za które Uczestnik ponosi odpowiedzialność.
4. Po rozwiązaniu Umowy, Uczestnik zobowiązany jest zwrócić Ośrodkowi Urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie 14 dni od chwili rozwiązania Umowy, z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu.
5. W przypadku śmierci Uczestnika lub braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika, w szczególności z powodów zdrowotnych Uczestnika zwrotu Urządzenia w sposób i w terminie określonym w ust. 4 niniejszego paragrafu dokonuje osoba wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego, która w tym zakresie składa stosowane oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Umowy wraz z klauzulą informacyjną.
6. W przypadku rozwiązania niniejszej Umowy z innych przyczyn aniżeli z powodu śmierci Uczestnika i braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika, w szczególności z powodów zdrowotnych Uczestnik zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie osoby, która została wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.

§ 7

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.
3. Załączniki nr 1,2 i 3 do niniejszej Umowy stanowią jej integralną część.
4. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki:

1/ Załącznik Nr 1 - Protokół zdawczo-odbiorczy

2/ Załącznik Nr 2 – Karta Informacyjna Podopiecznego

3/ Załącznik nr 3- Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu

.....

Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy
/Pełnomocnik

.....

Ośrodek Pomocy Społecznej
w Libiążu

Załącznik nr 1 do umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

Podpisany w dniu w Libiążu pomiędzy: Gminą Libiąż - Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w Libiążu ul. 9 Maja 2, reprezentowaną przez Panią Sylwię Paleczny – Dyrektora OPS, zwanym dalej „Ośrodkiem” a Panią/Panem

.....
zamieszkałym..... PESEL:
..... zwaną/ym dalej „Uczestnikiem”

1. Ośrodek przekazuje Uczestnikowi urządzenie wymienione w ust. 3 niniejszego Protokołu.
2. Uczestnik otrzymuje urządzenie sprawne technicznie oraz zgodne z obowiązującymi przepisami bezpieczeństwa, co Uczestnik niniejszym potwierdza własnym podpisem.
3. Uczestnik potwierdza niniejszym otrzymanie:
 - 1) opaski monitorującej stan zdrowia wraz z kartą SIM
 - ◆ o numerze inwentarzowym
 - ◆ o numerze IMEI
 - 2) ładowarki,
 - 3) instrukcji obsługi,
 - 4) opakowania.
4. Uczestnik potwierdza, że został przeszkolony z korzystania z opaski monitorującej stan zdrowia, w tym korzystania z dodatkowego osprzętu i rozumie zasady jego działania.
5. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....

Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy/
Pełnomocnik

.....

Pracownik OPS Libiąż
przekazujący opaskę

Załącznik nr 2 do umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024

Karta Informacyjna Podopiecznego

1. Dane osobowe:

1/ Imię:2/ Nazwisko:

3/ PESEL:.....4/ Data urodzenia:

5/ Płeć: kobieta mężczyzna

6/ Wzrost:..... 7/ Waga:

8/ Numer telefonu:

9/ Adres zamieszkania:

a/ kod pocztowy: b/ miejscowość:

c/ ulica:

d/ nr budynku: e/ nr lokalu:

f/ nr klatki: g/ piętro:

2. Nr IMEI opaski:

3. Dane osób do kontaktu:

1/ Osoba nr 1:

a/ imię i nazwisko

b/ Numer telefonu:

c/ Adres zamieszkania:

- kod pocztowy: - miejscowość:

- ulica:

- nr budynku: - nr lokalu:

d/ powiązanie:

e/ posiada klucz: tak nie

2/ Osoba nr 2:

a/ imię i nazwisko

b/ Numer telefonu:

c/ Adres zamieszkania:

- kod pocztowy: - miejscowość:

- ulica:

- nr budynku: - nr lokalu:

d/ powiązanie: e/ posiada klucz: tak nie

3/ Osoba nr 3:

a a/ imię i nazwisko

b/ Numer telefonu:

c/ Adres zamieszkania:

- kod pocztowy: - miejscowość:

- ulica:

- nr budynku: - nr lokalu:

d/ powiązanie:

e/ posiada klucz: tak nie

4. Dane medyczne:

1/Choroby:

a/ Alzheimer tak nie

b/ Astma/POChP tak nie

c/ Po zawale tak nie

d/ Nadciśnienie tak nie

e/ Cukrzyca tak nie

f/ Aparat słuchowy tak nie

g/ Parkinson tak nie

h/ Padaczka tak nie

i/ Po udarze tak nie

j/ Choroba nowotworowa tak nie

k/ Leczenie paliatywne: tak nie l/ Arytmie: tak nie, jakie:

ł/ Rozrusznik: tak nie, rodzaj:

m/ Inne:

n/ Alergia :.....

o/ Uzależnienia:

p/ COVID-19: czy pacjent jest zaszczepiony : tak nie, data ostatniego szczepienia:

2/ Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej:

3/ Ocena samodzielności:

a/ poruszanie się: bez pomocy, z chodzikiem, o lasce, na wózku, osoba leżąca

b/ słuch: dobry, niedosłuch, głuchota

c/ wzrok: dobry, niedowidzenie, osoba niewidoma

d/ kontakt słowno-logiczny: zachowany, zróżnicowany, niezachowany

5. Dodatkowe informacje pomocne służbom ratunkowym:
.....

6. 1 Wpisz przyjmowane leki na receptę wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia:

I.p.	Nazwa leku	Dotyczy dolegliwości	Dodatkowe informacje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

6.2 Wskaż miejsce przechowywania leków:

.....

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, iż podane w powyższym formularzu dane stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

Oświadczam, że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Podopiecznego, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymać informację o stanie mojego zdrowia.

.....
data i czytelny podpis Uczestnika/
Opiekuna prawnego/pełnomocnika

Załącznik nr 3 do umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

.....
adres e-mail

OŚWIADCZENIE

Osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że
(imię i nazwisko)

w przypadku zgonu Uczestnika Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej stan zdrowia przez Uczestnika zobowiązuję się zwrócić Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Libiążu ww. urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie 14 dni od chwili śmierci Uczestnika lub od chwili rozwiązania niniejszej umowy z innych przyczyn.

.....
podpis

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Danych Osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu, ul. 9 Maja 2, 32-590 Libiąż, tel. 32 627 78 25, e-mail: ops@libiaz.pl.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: nedzaodo@interia.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Pani/Pana dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym będą przetwarzane w celu udziału Uczestnika w PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2024
- 4) Podstawa przetwarzania Państwa danych osobowych jest art.6 ust.1 lit. a) oraz art. 9 ust.2 lit. a) RODO w celu zgłoszenia udziału w programie na świadczenie usługi „opieki na odległość”.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami lub do czasu wycofania zgody.
- 6) Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak zgody w zakresie podania danych osobowych uniemożliwi jednak uczestnictwo w programie.
- 10) Pani/Pana dane zostaną przekazane podmiotowi zewnętrznemu świadczącemu usługi „opieki na odległość”, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także mogą zostać przekazane innym podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

....., dnia,
(miejscowość)

.....
(data)
(podpis Klienta)