

**RAMOWA UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

dla osoby wymagającej opieki

zawarta w .....

*(miejscowość, data)*

pomiędzy:

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa  
Praga-Północ, z siedzibą: ul. Jagiellońska 34, 03-719 Warszawa, NIP:  
1131960020, zwanym dalej Beneficjentem

a

imię i nazwisko: .....

zamieszkałą/-ym: .....

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

posiadającą/cym nr PESEL.....

zwaną/ym dalej „Uczestniczką/Uczestnikiem projektu”.

**§ 1 Objaśnienie pojęć**

Ilekroć w umowie jest mowa o:

1. Beneficjencie projektu –Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ, z siedzibą: ul. Jagiellońska 34, 03-719 Warszawa , podmiot, który zawarł i realizuje umowę o dofinansowanie projektu pt. „Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w dzielnicy Praga-Północ w Warszawie” FEMA.08.05-IP.01-0A8L/25.
2. Biurze projektu – adres: Mazowiecki Dom Opieki Medycznej, ul. Otwocka 1, 03-759 Warszawa14, 03-550 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 w dzielnicy Praga-Północ 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.01-0A8L/25.
7. Przetwarzaniu danych osobowych – oznacza to jakiekolwiek 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 w dzielnicy Praga-Północ 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 pielęgniarские
  - 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. transport uczestników do MDOM oraz ich powrót 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 potwierdzania 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 pieczęć Beneficjenta

.....

Podpis Uczestniczki/Uczestnika  
projektu lub Opiekuna faktycznego