Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji

**KONTRAKT TRÓJSTRONNY DOTYCZĄCY ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH W RAMACH PROJEKTU**

**„REGIONALNE CENTRUM WSPARCIA OSÓB NIESAMODZIELNYCH W POLICACH”**

1. **Dane osoby niesamodzielnej (lub jej opiekuna prawnego):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Opiekun prawny** | □ TAK □ NIE |
| **Seria i nr dowodu osobistego** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Dane osoby świadczącej usługi opiekuńcze:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Seria i nr dowodu osobistego** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Dane podmiotu świadczącego usługi opiekuńcze:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa podmiotu** |  |
| **Adres siedziby podmiotu** |  |
| **Regon** |  |
| **NIP** |  |
| **KRS** |  |
| **Imię, nazwisko, stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu** |  |

1. **Przedmiot kontraktu:**
2. Przedmiotem niniejszego kontraktu trójstronnego jest świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej wraz z dwudaniowym obiadem realizowanymi w ramach projektu „Regionalne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych w Policach”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Poddziałanie 7.6 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego).
3. Usługi opiekuńcze świadczone będą zgodnie z postanowieniami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie w zakresie określonym w niniejszym kontrakcie trójstronnym.
4. Harmonogram opieki ustala podmiot organizujący (koordynator usług opiekuńczych) wspólnie z osobą świadczącą usługi opiekuńcze i w zgodzie z potrzebami osoby niesamodzielnej wynikającej z indywidualnego zakresu usług opiekuńczych (pkt V niniejszego regulaminu).
5. Osoba niesamodzielna i osoba świadcząca usługi opiekuńcze zobowiązują się do ich realizowania zgodnie z ustalonym harmonogramem.
6. Osoba niesamodzielna zobowiązuje się do:
7. Informowania podmiotu organizującego usługę oraz osobę świadczącą usługę o stanie swojego zdrowia i samopoczucia, w tym udostępniania do wglądu dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia.
8. Przestrzegania zapisów niniejszego kontraktu.
9. Niezwłocznego informowania podmiotu organizującego usługę o każdej sytuacji, kiedy wsparcie będzie musiało zostać odwołane / przesunięte.
10. Nie nawiązywania z osobą świadczącą usługę dodatkowego, innego, niż niniejszy kontrakt, stosunku prawnego, na podstawie którego osobą świadcząca usługę będzie odpłatnie wykonywała pracę.
11. Zachowania zasad współżycia społecznego wobec osoby świadczącej usługę oraz przedstawicieli podmiotu organizującego.
12. Oczekiwania od podmiotu organizującego, że usługa będzie realizowana wyłącznie w zakresie określonym w niniejszym kontrakcie.
13. W przypadku zaistnienia rażących naruszeń postanowień niniejszego paragrafu organizator usługi na wniosek osoby świadczącej usługę ma prawo do wypowiedzenia osobie niesamodzielnej niniejszego kontraktu.
14. W sprawach, które nie zostały uregulowane postanowieniami niniejszego kontraktu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
15. Ewentualne spory oraz roszczenia wynikające z wykonania lub interpretacji niniejszego kontraktu, które mogą wyniknąć w trakcie wykonywania jej postanowień, Strony będą rozstrzygały w drodze negocjacji opartych na obopólnym porozumieniu, a w przypadku braku porozumienia, zobowiązują się poddać rozstrzygnięciu przez Sąd właściwy dla siedziby podmiotu organizującego usługę.
16. Niniejszy kontrakt trójstronny sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.
17. **Indywidualny zakres świadczonych usług opiekuńczych**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **ZAKRES USŁUG** |
| **I.** | **Pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych (w tym dostarczanie posiłku)** |
|  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| **II.** | **Opieka higieniczna** |
|  |  |
| **III.** | **Pielęgnacja zalecona przez lekarza** |
|  |  |
| **IV** | **Zapewnienie kontaktów z otoczeniem** |
|  |  |
| **V.** | **Liczba dni i godzin w tygodniu** |
| **VI.** | **Adres lokalu gdzie mają być świadczone usługi opiekuńcze**ul. ………………………….Miejscowość: ……………………..Kod pocztowy: ……………………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| …………………………………… | …………………………………… | …………………………………… | …………………………………… |
| **MIEJSCOWOŚĆ I DATA** | **PODPIS OSOBY NIESAMODZIELNEJ/ OPIEKUNA PRAWNEGO** | **PODPIS OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKUŃCZE** | **PODPIS PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI OPIEKUŃCZE** |

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO KONTRAKTU TRÓJSTRONNEGO DOTYCZĄCYEGO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**DZIENNIK CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH**

1. Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej:
2. Imię i nazwisko osoby udzielającej usług:
3. Miesiąc: ………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Rodzaj wykonanych czynności oraz uwagi i spostrzeżenia dot. realizowanych działań** | **Liczba godzin** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| …………………………………… |  |  | …………………………………… |
| **DATA** |  |  | **PODPIS OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKUŃCZE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| …………………………………… |  |  | ……..…………………………………… |
| **DATA** |  |  | **PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU** |

Zatwierdzam:

………………………………………………………..

(podpis przedstawiciela organizatora usług – koordynatora usług)

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO KONTRAKTU TRÓJSTRONNEGO DOTYCZĄCYEGO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I PRACY Z OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ**

1. Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej: ………………………………………….
2. Ocena samodzielności:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **OCENA** |
| **I.** | **Poruszanie się** |
|  |  |
| **II.** | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich:** |
|  |  |
| **III.** | **Poruszanie się po schodach:** |
|  |  |
| **IV.** | **Spożywanie posiłków:** |
|  |  |
| **V.** | **Utrzymanie higieny osobistej:** |
|  |  |
| **VI.** | **Potrzeby fizjologiczne:** |
|  |  |
| **VII** | **Ubieranie/rozbieranie się:** |
|  |  |

1. Istniejące zagrożenia dla siebie i otoczenia:

□ TAK (jeżeli tak to podać jakie oraz jaka częstotliwość występowania)

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

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

(np. odkręca gaz, wodę, je różne rzeczy, nie leczy się, nie przyjmuje leków, podejmuje zachowania niebezpieczne i autoagresywne, uzależnienia, odmawianie pomocy, inne)

□ NIE

1. Cele pracy:

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

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

(np. poprawa funkcjonowania w środowisku poprzez - podtrzymywanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby niesamodzielnej - zapobieganie negatywnym skutkom niesamodzielności uczestnika projektu)

1. Zadania wspierająco – aktywizujące:

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

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

(np. - angażowanie do zajęć kulinarnych, motywowanie do zadbania o wygląd i higienę osobistą, rozwijanie zainteresowań czytelniczych poprzez ..., - motywowanie do wychodzenia z domu i nawiązywania kontaktów społecznych, angażowanie do zajęć manualnych - nauka obsługi urządzeń (np. telefonu), muzykoterapia - motywowanie do ćwiczeń (gimnastyki)).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| …………………………………… | …………………………………… | …………………………………… | …………………………………… |
| **MIEJSCOWOŚĆ I DATA** | **PODPIS OSOBY NIESAMODZIELNEJ/ OPIEKUNA PRAWNEGO** | **PODPIS OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKUŃCZE** | **PODPIS PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI OPIEKUŃCZE** |