

KONTRAKT TRÓJSTRONNY

nr

DOTYCZĄCY WSPARCIA W POSTACI USŁUGI ASYSTENCKIEJ
w ramach realizacji zadania publicznego pn. *Zwiększenie dostępu osób z
niepełnosprawnościami do rehabilitacji zawodowej i społecznej*

współfinansowanym ze środków PFRON będących w dyspozycji Województwa Małopolskiego

zawarty w dniu w pomiędzy:

Fundacją Onkologiczną RAKIETY z siedzibą w Warszawie, Al. Rzeczypospolitej 2 lok. U2, 02-972 zarejestrowaną przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000414091 posiadającą REGON 14604072, NIP 5213628570 reprezentowaną przez:
zwaną dalej „**Realizatorem Programu**”,

a

.....

(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu),

Zamieszkałą/-ym: reprezentowaną/-ym przez:

.....

(imię i nazwisko opiekuna prawnego/faktycznego)

zwaną dalej „Uczestniczką Projektu”

a

.....

(imię i nazwisko, adres wykonawcy usług)

zwaną dalej „**Asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnościami**”

łącznie zwanymi Stronami.

§ 1

1. Kontrakt trójstronny na usługi Asystenta osobistego zwany dalej „Kontraktem” zostaje zawarty na czas określony i obowiązuje od dnia jego podpisania przez Strony, do dnia r.
2. Celem Kontraktu jest realizacja usługi Asystenta osobistego Osoby z niepełnosprawnościami, zwanej dalej „Usługą” w ramach realizacji zadania publicznego pn. *Zwiększenie dostępu osób z niepełnosprawnościami do rehabilitacji zawodowej i społecznej* współfinansowanym ze środków PFRON będących w dyspozycji Województwa Małopolskiego
3. Szczegółowy zakres czynności wykonywanych w ramach Usługi stanowi *Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej* stanowiąca **załącznik nr 1** do Kontraktu.

4. Asystentem może być osoba wskazana przez uczestnika Programu. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika Programu wskazuje go realizator Programu.
5. Asystent Osoby Niepełnosprawnej oświadcza, iż posiada niezbędne kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności do świadczenia usługi Asystenta Osoby Niepełnosprawnej.
6. Asystent Osoby Niepełnosprawnej oświadcza, że czynności objęte przedmiotem kontraktu będzie wykonywał samodzielnie i nie powierzy ich do wykonania osobie trzeciej.
7. Usługa asystencka jest świadczona w sposób zindywidualizowany, uwzględniający rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością.
8. **Liczba godzin przyznanych usług asystenckich w wymiarze średniomiesięcznym wynosi: Łączny wymiar wsparcia w postaci usług asystencji w czasie trwania niniejszego kontraktu wynosi: Przyznana liczba godzin wsparcia powinna być zrealizowana zgodnie ze zgłoszoną potrzebą Uczestnika/-czki projektu.**
9. Usługi asystenta mogą być realizowane w godz. 6.00 – 21.00, 7 dni w tygodniu.
10. Dopuszcza się podpisanie kontraktu oraz innych dokumentów dot. realizacji usług przez opiekuna faktycznego osoby z niepełnosprawnością, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

§ 2

1. Usługi asystencji osobistej w szczególności mogą polegać na pomocy asystenta w:
 - a) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika; prowadzeniu gospodarstwa domowego;
 - b) wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem w wybrane przez uczestnika miejsca;
 - c) załatwianiu spraw urzędowych;
 - d) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
 - e) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika przy ich realizacji.
2. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów.
3. Rodzaj usług i ich zakres godzinowy powinien być uzależniony od osobistej sytuacji osoby niepełnosprawnej z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika Programu.
4. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 9, finansowane z innych źródeł.
5. Na mocy niniejszego Kontraktu Asystent Osoby Niepełnosprawnej zobowiązuje się do:
 - 1) motywowania i pobudzania aktywności osoby z niepełnosprawnością Uczestnika Projektu oraz osób z jej najbliższego otoczenia;
 - 2) współdziałania ze specjalistami i instytucjami w zakresie poprawy jakości życia osoby z niepełnosprawnością;
 - 3) utrzymywanie stałego kontaktu z Koordynatorem Projektu, w tym bieżące informowanie o wszystkich problemach w realizacji Usługi;

- 4) przestrzegania obowiązków wynikających z realizacji zawartej umowy zlecenia, przepisów prawnych, procedur, standardów oraz innych dokumentów obowiązujących podczas realizacji projektu;
- 5) przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r., poz.1000) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1).

§ 3

1. Osoba niepełnosprawna i/lub opiekun faktyczny ma prawo do:
 - a) korzystania z określonych w niniejszym kontrakcie usług asystenckich,
 - b) zgłaszania uwag i wniosków do realizowanych usług.
2. Osoba niepełnosprawna i/lub opiekun faktyczny jest zobowiązana do:
 - a) niezwłocznego informowania koordynatora projektu o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych i prawnych mogących mieć wpływ na świadczenie usług asystenckich;
 - b) potwierdzania otrzymanego wsparcia w Karta realizacji usług asystencji osobistej
 - c)

§ 4

1. Realizator programu jest odpowiedzialny za: poprawne dokumentowanie i okresową ewaluację świadczonych usług oraz przyjmowanie skarg i wniosków związanych z realizowanymi usługami.
2. Realizator zobowiązany jest do zapewnienia nieprzerwanego i właściwego pod względem jakości procesu świadczenia usług przez 7 dni w tygodniu, poprzez właściwe ustalenie z osobami świadczącymi usługi asystenckie godzin oraz zleconego wymiaru i zakresu usług.

§ 5

1. Kontrakt trójstronny może zostać zmieniony, jeśli w wyniku przeprowadzonego monitoringu i ewaluacji stwierdzono, że zmiana taka jest konieczna w celu prawidłowego wykonania postanowień kontraktu.
2. W przypadku, gdy ze względu na pogorszenie stanu zdrowia Uczestnika/-czki programu, usługi asystenckie nie będą mogły być realizowane, kontrakt trójstronny zostanie rozwiązany na mocy porozumienia stron lub jednostronnego oświadczenia Zamawiającego lub Uczestnika/-czki.
3. Z ważnych powodów kontrakt trójstronny może zostać wypowiedziany przez strony ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w tym w szczególności:
 - a) w razie ciężkiego naruszenia przez stronę lub strony postanowień niniejszego kontraktu lub innych dokumentów w ramach Projektu,
 - b) wystąpienia przyczyn uniemożliwiających świadczenie usług asystenckich na rzecz osoby niepełnosprawnej,
 - c) zakończenia udziału w projekcie przez osobę niepełnosprawną.

§ 6

1. Asystent Osoby Niepełnosprawnej ponosi odpowiedzialność wobec Uczestnika/-czki Projektu za szkody powstałe w związku z realizacją Usługi.
2. W każdym przypadku, gdy odpowiedzialnym za szkody spowodowane w wyniku realizacji niniejszej umowy zostanie uznany Zamawiający, Asystent Osoby Niepełnosprawnej zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów poniesionych z tego tytułu, w tym kosztów prawomocnie zasądzonych odszkodowań, środków wypłaconych tytułem zadośćuczynienia i kosztów sądowych.
3. **Asystent osobisty zobowiązuje się do nie pobierania od osób, którym będzie świadczyć usługi asystenckie żadnych dodatkowych opłat.**

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Kontraktem mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 8

Kontrakt został sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach , po jednym dla każdej ze Stron.

Podpisy stron kontraktu:

.....
Realizator programu

.....
Wykonawca usług asystenckich

.....
Uczestnik/-czka projektu
opiekun prawny/faktyczny

Załącznik nr 1 do kontraktu trójstronnego

Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnościami oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnościami pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
 - a) myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ,
 - b) czesaniu ,
 - c) goleniu ,
 - d) obcinaniu paznokci rąk i nóg ,
 - e) zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku ,
 - f) zapobieganiu powstania odleżyn lub odparzeń ,
 - g) przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów ,
 - h) staniu łóżka i zmianie pościeli

- 2) wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
 - a) pomoc w sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ,
 - b) dokonywaniu bieżących zakupów (w towarzystwie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie ,
 - c) myciu okien ,

- d) w utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.),
 - e) praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej),
 - f) podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go,
 - g) transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)
- 3) wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby niepełnosprawnej,
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi),
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym,
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu,
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami lub innym środkiem transportu,
 - f) transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta
- 4) wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) wyjście na spacer,
 - b) asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.,
 - c) wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy),
 - d) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ,
 - e) notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze

- f) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, wyjściu na spacer ,
- g) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej) .

Miejscowość.....

Data i podpis Wykonawcy (Asystenta)

Data i podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego

Karta realizacji usługi asystencji osobistej

Imię i nazwisko uczestnika:

Adres uczestnika:

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę asystencji osobistej

Rozliczenie wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

(Uwaga: Kartę realizacji usługi 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
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu2023 r. wyniosła
godzin.

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

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