

KONTRAKT TRÓJSTRONNY
nr

DOTYCZĄCY WSPARCIA W POSTACI USŁUGI ASYSTENCKIEJ
w ramach realizacji zadania publicznego pn. „Mój Asystent osobisty”

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 zadania**”,

a
.....
(imię i nazwisko Uczestnika/-czki projektu),

Zamieszkałą/-ym: reprezentowaną/-ym przez:

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego/faktycznego)

zwaną dalej „Uczestniczką/-kiem 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
2. Celem Kontraktu jest realizacja usługi Asystenta osobistego Osoby z niepełnosprawnościami, zwanej dalej „Usługą” w ramach realizacji zadania publicznego pn. *Mój Asystent osobisty* dofinansowanego ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.
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/-czkę. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany, wskazuje go realizator zadania.
5. Asystent Osoby oświadcza, iż posiada niezbędne kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności do świadczenia usługi Asystenta Osoby z niepełnosprawnością.

„Zadanie publiczne pn. „Mój Asystent osobisty” dofinansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego”

6. Asystent Osobisty osoby z niepełnosprawnością 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. **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 zadania.
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 finansowane z innych źródeł.
5. Na mocy niniejszego Kontraktu Asystent Osoby z niepełnosprawnością 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 z niepełnosprawnościami i/lub opiekun faktyczny/prawny ma prawo do:
 - a) korzystania z określonych w niniejszym kontrakcie usług asystenckich,
 - b) zgłaszania uwag i wniosków do realizowanych usług.

2. Osoba z niepełnosprawnościami i/lub opiekun faktyczny/prawny 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 Karcie realizacji usług asystencji osobistej .

§ 4

1. Realizator zadania 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 usługi asystenckie nie będą mogły być realizowane, kontrakt trójstronny zostanie rozwiązany na mocy porozumienia stron lub jednostronnego oświadczenia Realizatora 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 osobisty osoby z niepełnosprawnościami 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 Realizator, Asystent osobisty Osoby z niepełnosprawnościami 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 sprzątanii 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/-czki lub opiekuna prawnego/faktycznego

.....

Załącznik nr 2 do kontraktu trójstronnego

Karta realizacji usług asystencji osobistej

Imię i nazwisko uczestnika/-czki:

Adres zamieszkania uczestnika/-czki:

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	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

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

.....

Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika/-czki /opiekuna prawnego /faktycznego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

.....

Data i podpis Uczestnika/-czki/opiekuna prawnego/faktycznego

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