



KONTRAKT TRÓJSTRONNY

nr

DOTYCZĄCY WSPARCIA W POSTACI USŁUGI ASYSTENCKIEJ

w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2024 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego

zawarty w dniu r. w Warszawie 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 Uczestnika/-czki Programu)

a

.....
(imię i nazwisko, adres wykonawcy usług)
zwaną/-ym 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 resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2024 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego.
3. Szczegółowy zakres czynności wykonywanych w ramach Usługi stanowi *Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024* stanowiący **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 osobisty osoby z niepełnosprawnością oświadcza, iż posiada niezbędne kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności do świadczenia usługi Asystenta Osoby z niepełnosprawnością.



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. **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 przez 24 godziny na dobę, 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:
 - 1) wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu; wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika miejsca;
 - 2) załatwianiu spraw urzędowych;
 - 3) korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
2. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamierów.
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 osobisty osoby z niepełnosprawnością zobowiązuje się do:
 - 1) motywowania i pobudzania aktywności osoby z niepełnosprawnością;
 - 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.U.E.L.119.1).

§ 3

1. Uczestnik Programu ma prawo do:
 - a) korzystania z określonych w niniejszym kontrakcie usług asystenckich,
 - b) zgłaszania uwag i wniosków do realizowanych usług.
2. Uczestnik Programu zobowiązany jest do:
 - a) niezwłocznego informowania koordynatora projektu o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych i prawnych mogących mieć wpływ na świadczenie usług asystencji osobistej;
 - b) potwierdzania otrzymanego wsparcia w dokumencie pn. Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024

§ 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 stron.
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 z niepełnosprawnością.

§ 6

1. Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością 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 Programu, Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością 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 Programu lub

opiekun prawny/faktyczny



**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja
2024**

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

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
 - a) korzystanie z toalety
 - b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
 - c) czesanie
 - d) golenie
 - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
 - f) obcinanie paznokci rąk i nóg
 - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
 - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
 - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
 - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)
 - k) sianie łóżka i zmiana pościeli

- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
 - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci



- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ;
 - c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ;
 - d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ;
 - e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ;
 - f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ;
 - g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) .
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ;
 - b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
 - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;
 - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
 - e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta .
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:



- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ;
- b) wyjście na spacer ;
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ;
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ;
- e) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ;
- f) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ;
- g) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. ;
- h) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
- i) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Miejscowość.....

Data i podpis Wykonawcy (Asystenta)

Data i podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego/faktycznego

.....