

## BAZA TELEADRESOWA

### Lider Projektu:

- **Województwo Małopolskie** ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków

### Partnerzy:

- **Caritas Diecezji Kieleckiej** ul. Jana Pawła II, 25-013 Kielce
- **Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego**  
ul. Adama Mickiewicza 18, 34-200 Sucha Beskidzka

Formularze zgłoszeniowe można składać:

#### 1. OSOBIŚCIE w jednym z miejsc\*:

- **Dziennik Podawczy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego**  
ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków (pierwsze wejście od strony ul. Wrocławskiej, parter)
- **Dziennik Podawczy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego**  
ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków (parter)

**w biurach projektu z możliwością uzyskania pomocy przy wypełnieniu wniosku po wcześniejszym umówieniu spotkania:**

- **Biuro projektu Lidera** – ul. Raławicka 56, pok. 122, 30-017 Kraków, tel. 12 61-60-611  
e-mail: [teleopieka@umwm.malopolska.pl](mailto:teleopieka@umwm.malopolska.pl)
- **Biuro projektu Caritas Diecezji Kieleckiej – Zespół Placówek Caritas w Proszowicach**  
ul. Kolejowa 4, 32-100 Proszowice, pok. nr 1, 1 piętro, tel. 883 316 158 lub 888 896 890  
e-mail: [teleaniol@caritas.pl](mailto:teleaniol@caritas.pl)
- **Biuro projektu Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego**  
ul. Role 145, 34-200 Sucha Beskidzka e-mail: [teleaniol.malopolska@gmail.com](mailto:teleaniol.malopolska@gmail.com)

#### 2. ZA POŚREDNICTWEM POCZTY TRADYCYJNEJ (decyduje data wpływu) na adres:

Departament Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych  
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego  
ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków  
z dopiskiem „Rekrutacja - Małopolski Tele-Anioł”

#### 3. ELEKTRONICZNIE

Dla osób, które posiadają kwalifikowany podpis elektroniczny lub profil zaufany w formacie .pdf za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej **ePUAP** dostępnej pod adresem <https://epuap.gov.pl/> na adres skrytki Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego: /947ts6aydy/SkrytkaESP z wykorzystaniem *Pisma ogólnego do podmiotu publicznego* i wpisaniem w temacie: „Rekrutacja - Małopolski Tele-Anioł” (decyduje data wpływu na skrytkę ePUAP).

\* Formularze zgłoszeniowe można również składać osobiście, w innych lokalizacjach Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, jednakże Biuro Projektu rekomenduje składanie w jednym z ww. miejsc.

|                               |                                                 |  |
|-------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| Wypełnia<br>Biuro<br>projektu | Potwierdzenie złożenia<br>wniosku (data wpływu) |  |
|-------------------------------|-------------------------------------------------|--|

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE pn. „Małopolski Tele-Anioł”

### I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

|                                  |  |                             |  |
|----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| IMIĘ                             |  |                             |  |
| NAZWISKO                         |  |                             |  |
| PESEL                            |  | DATA<br>URODZENIA           |  |
| TELEFON<br>KONTAKTOWY            |  | E-MAIL (jeśli<br>posiadasz) |  |
| POWIAT                           |  | GMINA                       |  |
| MIEJSCOWOŚĆ                      |  | KOD<br>POCZTOWY             |  |
| ULICA/ NR BUDYNKU / NR<br>LOKALU |  |                             |  |

### II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria włączenia)

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:**

- ☐ Mieszkam na terenie województwa małopolskiego oraz
- ☐ Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. zakupy, przygotowywanie i spożywanie posiłków, sprzątanie, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

### III CZĘŚĆ – KRYTERIA PREMIUJĄCE (kryteria preferowane)

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria premiujące (Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferowanych nadal możliwy jest udział w projekcie). W celu potwierdzenia spełnienia kryteriów preferowanych – na II etapie rekrutacji – zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie stosownych dokumentów potwierdzających zasadność przyznania dodatkowych punktów (dokumenty poświadczające przynależność do grupy osób preferowanych wymieniono w nawiasie).

**Należę do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem (szczegółowy opis grup preferowanych znajdzie Pan/Pani w Regulaminie Rekrutacji i udziału w projekcie Małopolski Tele-Anioł):**

☐ Osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) (UWAGA: nie dołączać do formularza – dokument potrzebny na II etapie rekrutacji)

☐ Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)- (UWAGA: nie dołączać do formularza – dokument potrzebny na II etapie rekrutacji)

☐ Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) (UWAGA: nie dołączać do formularza – dokument potrzebny na II etapie rekrutacji)

☐ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) (UWAGA: nie dołączać do formularza – dokument potrzebny na II etapie rekrutacji)

☐ Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) (UWAGA: nie dołączać do formularza – dokument potrzebny na II etapie rekrutacji)

☐ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) (UWAGA: nie dołączać do formularza – dokument potrzebny na II etapie rekrutacji)

#### **CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU**

**Proszę odpowiedzieć na pytanie:**

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej? ☐ TAK ☐ NIE

#### **CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie *Małopolski Tele-Anioł* i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z **Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie Małopolski Tele-Anioł wraz z załącznikami**, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie*, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie;
4. W związku z przystąpieniem do projektu pn. *Małopolski Tele-Anioł* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31 -156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków.
- 2) Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00 - 926 Warszawa.
- 3) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 - 2020 na podstawie: 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;  
2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;  
3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 – 2020;  
4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
- 4) Moje dane osobowe w zakresie wskazanym w będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu Małopolski Tele-Anioł, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM).
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej –Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości (ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków), beneficjentowi realizującemu projekt – Województwu Małopolskiemu, ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków, oraz Partnerom w Projekcie tzn.: Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce i Stowarzyszeniu Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka.
- 6) Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego (Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 –2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju), Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później.
- 8) Podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 9) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15 - 20 RODO.
- 10) Posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej.
- 11) Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec

- interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
- 12) Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 13) Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
- 14) Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.
5. Wymienione w ust. 5) podmioty powołały następujących inspektorów danych:
- Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości oraz Województwo Małopolskie – Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków; email: [iodo@umwm.malopolska.pl](mailto:iodo@umwm.malopolska.pl)
  - Caritas Diecezji Kieleckiej – Inspektor Ochrony Danych Osobowych Caritas Diecezji Kieleckiej. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych Osobowych Caritas Diecezji Kieleckiej Anna Masierak, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce; email: [prawnik4.kielce@caritas.pl](mailto:prawnik4.kielce@caritas.pl)
  - Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego – Inspektor Ochrony Danych Osobowych Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych Osobowych Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego Anna Arcikiewicz, ul. Mickiewicza 175, 34-200 Sucha Beskidzka; email: [teleaniol.malopolska@gmail.com](mailto:teleaniol.malopolska@gmail.com)
6. Przed przystąpieniem do pierwszej formy wsparcia zobowiązuję się do złożenia oświadczenia, zgodnego z wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do *Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie Małopolski Tele-Anioł*;
7. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie Oceny Materialno-Życiowej na piśmie zgodnie z postanowieniami powyższego *Regulaminu* oraz objęcie wsparciem oferowanym w ramach projektu zgodnie ze wskazaniami wynikającymi z Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki, jeśli zostanie sporządzony;
8. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
9. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....  
miejsowość, data czytelny.....  
podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego\***\*Pouczenie****Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego**

\*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 7 ust.20 Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**UWAGA:** Do Formularza zgłoszeniowego udziału w projekcie **NIE NALEŻY DOŁĄCZAĆ** żadnych dodatkowych dokumentów

**Dokumenty medyczne i poświadczające niesamodzielność** będą niezbędne na **drugim etapie rekrutacji** podczas tzw. oceny materialno-życiowej

## Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany(a) .....  
(imię i nazwisko)

PESEL: .....  
(nr PESEL)

deklaruję udział w projekcie pn. „**Małopolski Tele-Anioł**”, realizowanym przez Województwo Małopolskie w partnerstwie z Caritas Diecezji Kieleckiej i Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z Suchoj Beskidzkiej w ramach **9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020** – Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, zakres wsparcia: D Wsparcie projektów z zakresu teleopieki.

Oświadczam równocześnie, że:

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności, zgodnie z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”*, uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
2. Zapoznałam/zapoznałem się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”* oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałam/zostałem poinformowana/ny, iż projekt „**Małopolski Tele-Anioł**” jest **współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**.
4. Przedstawione przeze mnie w *Formularzu zgłoszeniowym* dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
5. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
6. Nie korzystam z takiej samej formy wsparcia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS oraz zostałem poinformowany, że w przypadku korzystania z istniejącego systemu pomocy społecznej, oferowane w projekcie wsparcie może być wyłącznie o komplementarnym charakterze i nie może zastąpić wsparcia dotychczas świadczonego.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika projektu)

### Pouczenie

*Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego*

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

### Część A

– dotyczy danych osobowych przekazanych w celu realizacji projektu, innych niż wskazane w Części B i C

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Małopolski Tele-Anioł** nr RPMP.09.02.01-12-0388/17, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków,
2. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa,
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
  - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
  - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

4. Moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Małopolski Tele-Anioł**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno- promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM);
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie przy ul. Jasnogórskiej 11, 31-358 Kraków, Beneficjentowi realizującemu projekt – Województwu Małopolskiemu z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków, w imieniu którego działa Marszałek Województwa Małopolskiego oraz Partnerom uczestniczącymi w realizacji projektu – Caritas Diecezji Kieleckiej z siedzibą w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce w imieniu którego działa Dyrektor Naczelny oraz Stowarzyszeniu Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Suchej Beskidzkiej przy ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka reprezentowanym przez Zarząd Stowarzyszenia. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego<sup>1</sup>, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „**Małopolski Tele-Anioł**”.
7. Podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO.
9. Posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
10. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
11. Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
12. Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.
13. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iodo@umwm.malopolska.pl](mailto:iodo@umwm.malopolska.pl) lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków.

14. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji<sup>1</sup>;
15. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy<sup>2</sup>;
16. Do trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej, podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej;

## Część B

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących
  - 1) oświadczenia o niesamodzielności,
  - 2) oświadczeń o przynależności do grup preferowanych,przez następujących współadministratorów danych osobowych: Województwo Małopolskie z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków w imieniu którego działa Marszałek Województwa Małopolskiego, Caritas Diecezji Kieleckiej z siedzibą w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce, w imieniu którego działa Dyrektor Naczelny i Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Suchej Beskidzkiej przy ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka reprezentowanym przez Zarząd Stowarzyszenia.
2. Wymienieni współadministratorzy powołali następujących inspektorów danych:- Województwo Małopolskie – Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków; email: [iodo@umwm.malopolska.pl](mailto:iodo@umwm.malopolska.pl)  
- Caritas Diecezji Kieleckiej – Inspektor Ochrony Danych Osobowych Caritas Diecezji Kieleckiej. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych Osobowych Caritas Diecezji Kieleckiej Anna Masierak, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce; email: [prawnik4.kielce@caritas.pl](mailto:prawnik4.kielce@caritas.pl)  
- Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego – Inspektor Ochrony Danych Osobowych Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych Osobowych Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego Anna Arcikiewicz, ul. Mickiewicza 175, 34-200 Sucha Beskidzka; email: [teleaniol.malopolska@gmail.com](mailto:teleaniol.malopolska@gmail.com)
3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Małopolski Tele-Anioł”, w szczególności udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014- 2020 (RPO WM).
4. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) 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, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1).

5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM.
6. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”.
7. Mam świadomość prawa do:
  - 1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
  - 2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
  - 3) przenoszenia danych;
  - 4) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - 5) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Małopolski Tele-Anioł”.

### Część C

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących następujących kategorii:

- 1) stan zdrowia, choroby, zażywane leki,
- 2) stopień niepełnosprawności i rodzaj dysfunkcji,
- 3) sytuacja rodzinna – osoba samotnie gospodarująca, odległość od rodziny, funkcjonowanie rodziny w otoczeniu,
- 4) sytuacja społeczna – utrzymywanie kontaktów z otoczeniem (np. sąsiad),
- 5) sytuacja opiekunów prawnych/formalnych – czy pracują, czy mogą zapewnić opiekę, jak daleko mieszkają,
- 6) dane kontaktowe opiekunów prawnych/formalnych/rodziny,
- 7) sytuacja ekonomiczna – dochód oraz wydatki,
- 8) warunki mieszkaniowe,

przez następujących współadministratorów danych osobowych:

- 1) Caritas Diecezji Kieleckiej z siedzibą w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce, w imieniu którego działa Dyrektor Naczelny.
- 2) Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Suchej Beskidzkiej przy ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka reprezentowanym przez Zarząd Stowarzyszenia.
2. Wymienieni współadministratorzy powołali następujących inspektorów danych:
  - Caritas Diecezji Kieleckiej – Inspektor Ochrony Danych Osobowych Caritas Diecezji Kieleckiej. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych Osobowych Caritas Diecezji Kieleckiej Anna Masierak, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce; email: [prawnik4.kielce@caritas.pl](mailto:prawnik4.kielce@caritas.pl)

- Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego – Inspektor Ochrony Danych Osobowych Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji: Inspektor Ochrony Danych Osobowych Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego Anna Arcikiewicz, ul. Mickiewicza 175, 34-200 Sucha Beskidzka; email: [teleaniol.malopolska@gmail.com](mailto:teleaniol.malopolska@gmail.com)
3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Małopolski Tele-Anioł”, w szczególności udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014- 2020 (RPO WM).
  4. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO 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, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1).
  5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;
  6. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”.
  7. Mam świadomość prawa do:
    - 1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
    - 2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
    - 3) przenoszenia danych;
    - 4) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
    - 5) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;
  8. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Małopolski Tele-Anioł”.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika projektu\*)

Załącznik nr 5. Ankieta zawierająca dane uczestników indywidualnych projektu do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”

## ANKIETA ZAWIERAJĄCA DANE UCZESTNIKÓW INDYWIDUALNYCH PROJEKTU „Małopolski Tele-Anioł”

(pola szare uzupełniają pracownicy realizatorów projektu upoważnieni do CST)

| Lp. | NAZWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | <b>Kraj</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2.  | <b>Rodzaj uczestnika:</b><br><input type="checkbox"/> indywidualny – dotyczy osoby fizycznej, przystępującej do projektu z własnej inicjatywy<br><input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu – wybierz, w przypadku gdy wsparcie realizowane jest na rzecz instytucji                                                                                                       |
| 3.  | Nazwa instytucji – nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4.  | <b>Imię</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 5.  | <b>Nazwisko</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6.  | <b>PESEL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 7.  | <b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 8.  | Wiek w chwili przystępowania do projektu <i>(Pole wyliczane przez pracowników upoważnionych do CST)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 9.  | <b>Wykształcenie:</b><br><input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) w sytuacji, gdy osoba nie osiągnęła wykształcenia podstawowego<br><input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)<br><input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)<br><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)<br><input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)<br><input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) |
| 10. | <b>Województwo:</b> <input type="checkbox"/> małopolskie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 11. | <b>Powiat:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12. | <b>Gmina:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13. | <b>Miejscowość:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 14. | <b>Ulica:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 15. | <b>Nr budynku:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 16. | <b>Nr lokalu:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17. | <b>Kod pocztowy:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 18. | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 19. | <b>Telefon kontaktowy:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 20. | <b>Adres email:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 21. | <b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 22. | <b>Data zakończenia udziału w projekcie</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 23. | <b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</b><br><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<br><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (osoba długotrwale bezrobotna w przypadku osób poniżej 25 r. życia bezrobotna nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, osoby powyżej 25 r. życia nieprzerwanie pozostające bez pracy przez okres 12 miesięcy)<br><input type="checkbox"/> inne<br><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<br><input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca |
| 24. | <b>Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia - Nie dotyczy</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 25. | <b>Wykonywany zawód (dotyczy tylko osób zatrudnionych):</b><br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP<br><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<br><input type="checkbox"/> inne                                                                                                                                   |
| 26. | <b>Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) (dotyczy tylko osób zatrudnionych)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 27. | <b>Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 28. | <b>Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych)</b><br><br>Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|     |                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29. | <b>Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                          |
| 30. | <b>Rodzaj przyznanego wsparcia</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                                                                                         |
| 31. | <b>Data rozpoczęcia udziału we wsparciu</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                                                                                |
| 32. | <b>Data zakończenia udziału we wsparciu</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>                                                                                                                                |
| 33. | <b>Data założenia działalności gospodarczej</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i><br>Nie dotyczy                                                                                                             |
| 34. | <b>Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i><br>Nie dotyczy                                                                                     |
| 35. | <b>PKD założonej działalności gospodarczej</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i><br>Nie dotyczy                                                                                                              |
| 36. | <b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b><br><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| 37. | <b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</b><br><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                               |
| 38. | <b>Osoba z niepełnosprawnościami:</b><br><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                 |
| 39. | <b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:</b><br><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                               |
| 40. | <b>w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b><br><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                   |
| 41. | <b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b><br><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                      |

|     |                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 42. | <b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b><br><br><input type="checkbox"/> TAK<br><br><input type="checkbox"/> NIE<br><br><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Załącznik nr 6. Podstawowa ocena materialno-życiowa osoby niesamodzielnej do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”

## PODSTAWOWA OCENA MATERIALNO-ŻYCIOWA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

|                    |  |       |  |
|--------------------|--|-------|--|
| Imię i nazwisko    |  |       |  |
| Data urodzenia     |  | PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |       |  |

### OPIS SYTUACJI ZDROWOTNEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

**Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych/teleopieki** (choroby np. sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie/uczulenia, astma, inne; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne)

.....

.....

.....

.....

**Informacje o niepełnosprawności:** Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli tak proszę podać:

stopień niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić): *lekki / umiarkowany / znaczny*

rodzaj dysfunkcji: .....

Orzeczenie zostało wydane (niewłaściwe skreślić) na *stałe/czas określony* do dnia .....

**Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:**

Imię nazwisko .....

adres przychodni .....

telefon kontaktowy .....

**Ogólna ocena stanu osoby niesamodzielnej** (opis stopnia realizacji czynności życiowych) na podstawie przedłożonych dokumentów:

.....

.....

Dodatkowo na podstawie przedłożonej dokumentacji oraz rozmowy/wywiadu/obserwacji przeprowadzonej w trakcie OMŻ potwierdzono, że Kandydat/kandydatka potrzebuje pomocy i wsparcia przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego tj. (można podać inne czynniki wpływające na niesamodzielność):

.....

.....

## OCENA SYTUACJI MATERIALNEJ I ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

| Sytuacja rodzinna                                                                                  | TAK | NIE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Osoba samotna / osoba samotnie gospodarująca                                                       |     |     |
| Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną?                                                          |     |     |
| Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub w okolicy?                      |     |     |
| Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)? |     |     |

| Sytuacja opiekunów prawnych/ faktycznych osoby niesamodzielnej                           | TAK                      | NIE |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego                                                |                          |     |
| Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej                         |                          |     |
| Jeżeli nie proszę podać z jakich przyczyn: .....                                         |                          |     |
| Czy opiekun pracuje? W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun? ..... |                          |     |
| <b>Dane kontaktowe do opiekuna/nów / członka/ków rodziny:</b>                            |                          |     |
| Imię nazwisko .....                                                                      | Imię nazwisko .....      |     |
| adres .....                                                                              | adres .....              |     |
| telefon kontaktowy .....                                                                 | telefon kontaktowy ..... |     |

| Sytuacja ekonomiczna osoby niesamodzielnej                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Łączny miesięczny dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie za ostatni miesiąc wynosi: ..... zł                                                                                                   |
| Stałe miesięczne wydatki osoby/ rodziny łącznie: ..... zł                                                                                                                                                              |
| Czy osoba korzysta z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej?<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br>Jeśli tak proszę podać formy pomocy oraz ich zakres:<br>.....<br>..... |

## WERYFIKACJA DEKLAROWANYCH NA ETAPIE REKRUTACJI FORMALNEJ KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU:

Kandydat/kandydatka:

- ☐ mieszka na terenie województwa małopolskiego
- ☐ jest osobą niesamodzielną, która z powodu: *wieku / stanu zdrowia / niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić)* potrzebuje wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

Powyższe stwierdzono na podstawie:

- ☐ dokumentu tożsamości
  - ☐ oceny stanu zdrowia wg skali Barthel
  - ☐ zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia
  - ☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
  - ☐ innych dokumentów/rozmowy/wywiadu/obserwacji\* przedstawionych/przeprowadzonej\* w trakcie OMŻ potwierdzających kryteria włączenia: (\*niewłaściwe skreślić oraz określić jakich)
- .....
- .....

Kandydat/kandydatka należy do osób z grupy preferowanej do objęcia wsparciem (należy zaznaczyć właściwe):

- ☐ osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- ☐ osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- ☐ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.
- ☐ osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.
- ☐ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytucznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.

Powyższe stwierdzono na podstawie (należy zaznaczyć właściwe):

- ☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ☐ zaświadczenia z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej
- ☐ innego dokumentu (jaki) .....

## PODSUMOWANIE OCENY

Kandydat/kandydatka SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA (niewłaściwe skreślić): warunki udziału oraz

☐ kwalifikuje się

☐ nie kwalifikuje się

do objęcia wsparciem dostępnym w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”. Szczegółowy zakres wsparcia zostanie określony w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki na podstawie informacji zebranych podczas niniejszej oceny.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia OMŻ)

## INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I OPIEKI UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU MAŁOPOLSKI TELE-ANIOŁ

(część I wypełniana wyłącznie w przypadku Oceny Materialno-Życiowej zakończonej  
potwierdzeniem kwalifikowalności do projektu)

|                    |  |       |  |
|--------------------|--|-------|--|
| Imię i nazwisko    |  |       |  |
| Data urodzenia     |  | PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |       |  |

Na podstawie przeprowadzonej Oceny Materialno-Życiowej stwierdzono, że osoba niesamodzielna kwalifikuje się do objęcia wsparciem w ramach:

### I. USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH

☐ TAK ☐ NIE

#### Rekomendowany okres włączenia do usług teleopiekuńczych

Informacja o ograniczeniach w możliwości użytkowania opaski bezpieczeństwa w szczególności ograniczeniach wynikających z niepełnosprawności lub informacja o szczególnych potrzebach związanych z procesem teleopieki oferowanych w ramach projektu:

.....

.....

### II. USŁUG OPIEKUŃCZYCH LUB SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ŚWIADCZONYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

☐ TAK ☐ NIE

Uzasadnienie decyzji (należy wybrać właściwe) przyznania / odmowy przyznania usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania:

.....

Rodzaj usług opiekuńczych (usługi opiekuńcze/sąsiedzkie usługi opiekuńcze), ich zakres i wymiar godzinowy zostanie określony w II części Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki po przeprowadzeniu rozszerzonej oceny sytuacji materialno-życiowej osoby niesamodzielnej.

☐ Wnoszę o przeprowadzenie rozszerzonej oceny sytuacji materialno-życiowej osoby niesamodzielnej

Uwagi:

(miejscowość, data)

(podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia OMŻ)

Akceptuję:.....

(podpis osoby, której dotyczyła ocena bądź opiekuna prawnego/faktycznego tej osoby)

Załącznik nr 7. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel  
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”

## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

wystawiana pacjentowi celem potwierdzenia spełnienia kryterium kwalifikującego do udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł” współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM 2014-2020.

Nazwisko i imię pacjenta:

.....

Wiek ..... PESEL .....

| L.p.                                         | Nazwa czynności *                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Wartość punktowa* |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.                                           | <b>Spożywanie posiłków</b><br>0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 = samodzielny, niezależny                                                                                                 |                   |
| 2.                                           | <b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)</b><br>0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu<br>5 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć<br>10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)<br>15 = samodzielny                         |                   |
| 3.                                           | <b>Utrzymanie higieny osobistej</b><br>0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych<br>5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)                                                                                               |                   |
| 4.                                           | <b>Korzystanie z toalety (WC)</b><br>0 = zależny<br>5 = częściowo potrzebuje pomocy<br>10 = niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)                                                                                                                      |                   |
| 5.                                           | <b>Mycie, kąpiel całego ciała</b><br>0 = zależny<br>5 = niezależny                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 6.                                           | <b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b><br>0 = nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m<br>5 = niezależny poruszający się na wózku<br>10 = spaceruje z pomocą jednej osoby, na odległość > 50m<br>15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski), na odległości > 50m |                   |
| 7.                                           | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b><br>0 = nie jest samodzielny<br>5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia)<br>10 = samodzielny                                                                                                                                                      |                   |
| 8.                                           | <b>Ubieranie i rozbieranie się.</b><br>0 = zależny<br>5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy<br>10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)                                                                                                        |                   |
| 9.                                           | <b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b><br>0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy)<br>5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca,<br>10 = kontroluje oddawanie stolca.                                                                     |                   |
| 10.                                          | <b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b><br>0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny)<br>5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu<br>10 = kontroluje oddawanie moczu                                                |                   |
| <b>Łączna liczba punktów (wynik oceny)**</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

Zgodnie z wynikiem oceny, pacjent JEST osobą niesamodzielną rozumianą jako osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....  
.....  
.....  
Data, pieczęć i czytelny podpis lekarza\*\*\*

#### Część informacyjna dla osób wypełniających karty:

Szanowni Lekarze,

Wasi Pacjenci zgłaszają chęć uczestnictwa w pilotażowym, innowacyjnym projekcie pn. Małopolski Tele-Anioł współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, zakres wsparcia: D Wsparcie projektów z zakresu teleopieki. Głównym celem projektu jest poprawa jakości życia osób niesamodzielnych poprzez realizację działań na rzecz rozwoju usług opiekuńczych i sąsiedzkich w miejscu zamieszkania oraz usług wykorzystujących nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne, które umożliwią osobom niesamodzielnym jak najdłuższe bezpieczne pozostanie w ich środowisku. Więcej informacji o projekcie umieszczono na stronie internetowej [www.malopolska.pl/teleaniol](http://www.malopolska.pl/teleaniol).

Wierzmy, że Wasi pacjenci dzięki włączeniu do systemu teleopieki i wyposażeniu ich w opaski ratujące życie z możliwością bezpłatnego połączenia z ratownikiem medycznym, czuwającym 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, zyskają jeszcze większe poczucie bezpieczeństwa oraz szybką, fachową pomoc w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia.

Kolejnym etapem rekrutacji do projektu i będzie ocena sytuacji materialno-życiowej (OMŻ) Kandydatów/tek do projektu podczas, której będziemy m.in. zbierać istotne dla służb ratunkowych/teleopieki informacje o stanie zdrowia (m.in. choroby, przyjmowane leki, rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne). Prosimy Państwa o pomoc w przygotowaniu Waszych pacjentów do OMŻ poprzez przekazanie im istotnych dla służb ratunkowych/teleopieki informacji, o ich stanie zdrowia. Wszystkie zebrane podczas OMŻ informacje trafią do Cyfrowej Karty Uczestnika Projektu która wyświetli się ratownikowi medycznemu w momencie odebrania zgłoszenia. Dziękujemy za wypełnienie formularza oraz poświęcony Pacjentowi czas.

Realizatorzy projektu - Województwo Małopolskie wraz z Partnerami:  
Caritas Diecezji Kieleckiej i Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego

#### Objaśnienia:

\*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta oraz wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*/ w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

\*\*\*/ Formularz może zostać wypełniony przez pielęgniarkę środowiskową jednak wówczas do formularza należy dołączyć zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza lub inny dokument który wraz ze skalą Barthel potwierdzi przynależność do grupy osób niesamodzielnych np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, dokument potwierdzający wiek (jeżeli niesamodzielną wynika z wieku)

.....  
miejscowość i data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wzór\*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\*dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów.

## UMOWA ŚWIADCZENIA USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”

współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, zakres wsparcia: D Wsparcie projektów z zakresu teleopieki, zwanego dalej „Projektem”

zawarta w dniu ..... w ..... pomiędzy:

**Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego** z siedzibą w Suchej Beskidzkiej, adres: ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka, numer KRS 0000311024, NIP 5521675890, REGON 120762270, zwanym dalej „EIRR”, reprezentowanym przez

.....  
a

..... (imię i nazwisko),

PESEL nr .....,

zamieszkały/-ła .....

zwanym dalej „Uczestnikiem”, reprezentowany/-ną przez .....

.....

### § 1.

1. Uczestnik oświadcza, że został zakwalifikowany do udziału w Projekcie
2. Uczestnik oświadcza, że wszystkie dane zawarte w dokumentacji rekrutacyjnej przedłożonej w toku postępowania rekrutacyjnego (w tym w Formularzu Zgłoszeniowym), a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia/deklaracje są zgodne z prawdą i nadal aktualne oraz zobowiązuje się do bezzwłocznego poinformowania EIRR lub Lidera (Województwo Małopolskie) albo Partnera (Caritas Diecezji Kieleckiej) o każdej ich zmianie oraz do okazania kopii aktualnych dokumentów w tym zakresie. Jednocześnie Uczestnik w związku z przystąpieniem do Projektu oświadcza, iż:
  - a) wyraża wolę uczestnictwa w Projekcie;
  - b) zna i spełnia wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Projekcie, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie;
  - c) został poinformowany, że Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
  - d) wyraził zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych;
  - e) jest świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie oraz pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu i akceptuje wszystkie ich postanowienia oraz obowiązkuje się do ich stosowania.

## § 2.

Uczestnik oświadcza, że:

- a) w jego miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej,
- b) nie ma żadnych innych przeszkód technicznych, które uniemożliwiłyby lub utrudniałyby świadczenie usług teleopiekuńczych na jego rzecz,
- c) nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez niego z usług teleopiekuńczych.

## § 3.

1. W okresie począwszy od dnia ..... do dnia ..... w ramach Projektu na rzecz Uczestnika świadczone będą **usługi teleopiekuńcze**.
2. Dopuszcza się możliwość przedłużenia świadczonych usług na warunkach określonych niniejszej umowie, bez konieczności jej aneksowania, przez okres maksymalnie kolejnych 3 miesięcy od dnia zakończenia okresu, o którym mowa w ust. 1, jednak nie później niż do momentu odbioru powierzonej opaski bezpieczeństwa wraz z dodatkowym osprzętem i kartą SIM.
3. Świadczenie innych usług, tj. usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych będzie realizowane pod warunkiem uprzedniego zakwalifikowania Uczestnika do tych usług oraz zawarcia przez Uczestnika pisemnego kontraktu trójstronnego.

## § 4.

1. Uczestnik otrzyma opaskę bezpieczeństwa na nadgarstek wyposażoną m.in. w przycisk SOS(alarmowy) i kartę SIM z możliwością połączenia głosowego z Centrum Teleopieki. Przekazanie opaski bezpieczeństwa oraz przeszkolenie Uczestnika w zakresie korzystania z opaski bezpieczeństwa stwierdzone zostanie w **Protokole zdawczo-odbiorczym** stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.
2. Opaska bezpieczeństwa służy m.in. do wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa Uczestnika. Urządzenie łączy się z ratownikiem medycznym z Centrum Teleopieki, który udziela adekwatnej do sytuacji oraz możliwości pomocy w tym m. in. informuje osoby wskazane przez Uczestnika do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy, udziela porady lub wzywa pogotowie lub inne służby ratunkowe – jeśli sytuacja tego wymaga.
3. Uczestnik projektu może również wykorzystywać opaskę bezpieczeństwa do kontaktu z asystentami Centrum Teleopieki uzyskując wsparcie w zakresie pomocy w sprawach życia codziennego, informację o możliwych formach pomocy społecznej, dostępnych formach aktywizacji społeczno-ruchowej i kulturalnej w najbliższej okolicy, a także w razie potrzeby kontaktu, osamotnienia, potrzeby rozmów na tematy codzienne – w tym również wsparcie psychologa.

## § 5.

1. Uczestnik zobowiązuje się do:

- a) dbania o powierzoną opaskę bezpieczeństwa wraz z dodatkowym osprzętem, w tym w szczególności nie wystawianie urządzeń na działanie otwartego ognia, działanie wysokich lub ujemnych temperatur, długotrwałe działanie promieni słonecznych lub kontakt z wodą.  
Uczestnik zobowiązuje się również do nieusuwania/niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w opasce bezpieczeństwa.
- b) regularnego ładowania opaski bezpieczeństwa, tak aby nie dochodziło do jej całkowitego rozładowania (personel Centrum Teleopieki jest uprawniony ale niezobowiązany do przypominania o konieczności naładowania opaski bezpieczeństwa, przy czym przypomnienia takie będą realizowane tylko w godzinach od 8.00 – 20.00 w dni powszednie),
- c) noszenia założonej opaski bezpieczeństwa na nadgarstku, za wyjątkiem czasu kiedy opaska bezpieczeństwa jest ładowana. W przypadku nienoszenia przez Uczestnika opaski, za wyjątkiem czasu gdy jest ona ładowana, opaska powinna być wyłączona. Uczestnik akceptuje przy tym okoliczność, że w przypadku nienoszenia przez niego założonej opaski bezpieczeństwa świadczenie przez EIRR usług z tytułu niniejszej Umowy będzie niemożliwe, a nienoszona

- włączona opaska może wysyłać błędne wskazania i błędne komunikaty alarmowe. Personel Centrum Teleopieki jest przy tym uprawniony ale niezobowiązany do przypominania Uczestnikowi/opiekunowi o konieczności noszenia założonej opaski bezpieczeństwa.
- d) niezwłocznego zgłaszania sytuacji braku sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania Uczestnika lub wystąpienia innych okoliczności mogących zakłócić udział Uczestnika w Projekcie,
  - e) niezwłocznego zgłaszania ewentualnych usterek/błędów opaski bezpieczeństwa lub dodatkowego osprzętu, ich uszkodzenia, zgubienia lub kradzieży itp.,
  - f) uprzedniego zgłaszania dłuższych niż jeden dzień wyjazdów Uczestnika poza miejsce zamieszkania,
  - g) niewykorzystywania opaski bezpieczeństwa i/lub znajdującej się w niej karty SIM do wykonywania połączeń innych niż na numery Centrum Teleopieki,
  - h) poinformowania wskazanego przez Uczestnika opiekuna o treści niniejszej Umowy.
2. Uczestnik zobowiązuje się nie przekazywać opaski bezpieczeństwa (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu żadnym osobom trzecim, jak również nie wywozić opaski bezpieczeństwa (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu poza terytorium Polski.
  3. Uczestnik przyjmuje do wiadomości, że świadczenie usług teleopiekuńczych w ramach Projektu odbywa się wyłącznie na terenie województwa małopolskiego. Uczestnik akceptuje również okoliczność, iż z przyczyn technicznych mogą występować przerwy w świadczeniu usług teleopiekuńczych na jego rzecz.
  4. Uczestnik akceptuje okoliczność, że w przypadku niepokojących odczytów z opaski, Centrum Teleopieki uprawnione jest do poinformowania o tym osoby wskazane do kontaktu (opiekunów) i/lub stosowne służby, a te z kolei uprawnione są do podjęcia akcji ratunkowej, łącznie z siłowym wejściem do pomieszczeń. Uczestnik wyraża zgodę na nagrywanie rozmów z Centrum Teleopieki oraz zobowiązuje się poinformować o fakcie nagrywania rozmów wskazanego przez siebie w dokumentacji Projektowej opiekuna.

## § 6.

Korzystanie przez Uczestnika z usług teleopieki w ramach Projektu jest bezpłatne.

## § 7.

1. Umowa wchodzi w życie w dniu jej podpisania przez obie Strony i trwa do końca okresu wskazanego w §3 ust. 1 Umowy, z zastrzeżeniem § 3 ust. 2.
2. Umowa może być wypowiedziana przez Uczestnika za 14-dniowym okresem wypowiedzenia, w szczególności w przypadku rezygnacji przez Uczestnika z dalszego uczestnictwa w Projekcie lub znacznego pogorszenia stanu zdrowia Uczestnika uniemożliwiającego dalsze świadczenie usług teleopiekuńczych na jego rzecz.
3. Umowa może być wypowiedziana przez EIRR w trybie natychmiastowym z ważnych powodów, w tym w szczególności w przypadku:
  - a) wystąpienia przyczyn uniemożliwiających świadczenie usług teleopiekuńczych na rzecz Uczestnika,
  - b) naruszenia przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy lub innych dokumentów w ramach Projektu,
  - c) zaprzestania realizacji Projektu lub dokonania w nim zmian,
  - d) nieusprawiedliwionego zaprzestania korzystania ze wsparcia przez okres dłuższy niż tydzień, rozumianego jako pozostawienie nieaktywnej opaski bezpieczeństwa wskutek braku jej ładowania
4. Umowa może zostać rozwiązana w każdej chwili za porozumieniem stron.

## § 8.

1. W przypadku wygaśnięcia Umowy, z zastrzeżeniem § 3 ust. 2 lub jej rozwiązania lub upływu okresu jej wypowiedzenia, Uczestnik zobowiązuje się zwrócić powierzoną mu opaskę bezpieczeństwa wraz z kartą SIM oraz dodatkowym osprzętem w terminie wskazanym przez EIRR.
2. EIRR powiadomi Uczestnika o terminie oraz miejscu odbioru przedmiotów określonych w ust 1 z minimum trzydniowym wyprzedzeniem.
3. Dokonanie zwrotu odbywa się poprzez przekazanie przedmiotów określonych w ust. 1 przedstawicielowi EIRR co zostanie potwierdzone w Protokole zdawczo-odbiorczym stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszej Umowy.
4. W przypadku braku zwrotu przedmiotów określonych w ust. 1, w terminie wskazanym przez EIRR, Uczestnik jest zobowiązany do zwrotu nas rzecz EIRR równowartości ceny ich zakupu.

## § 9.

1. Umowa wchodzi w życie w dniu jej podpisania przez obie Strony.
2. W przypadku wypełnienia ankiety dotyczącej szczegółowych zasad świadczenia teleopieki, ankieta ta staje się załącznikiem do niniejszej Umowy.
3. Strony zobowiązują się dążyć do polubownego załatwiania wszelkich sporów mogących wyniknąć w związku z realizacją Umowy.
4. W przypadku niemożności rozstrzygnięcia sporu polubownie, Strony ustalają zgodnie, że spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby EIRR.
5. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

## § 10.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla EIRR i dla Uczestnika.

### **Załączniki:**

Załącznik nr 1 – Protokół zdawczo-odbiorczy

Załącznik nr 2 – Protokół zdawczo-odbiorczy – zwrot.

Za EIRR:

Uczestnik:

---

---

Załącznik nr 1

Do UMOWY ŚWIADCZENIA USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”.

## PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

podpisany w dniu ..... w ..... pomiędzy:

**Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego** z siedzibą w Suchej Beskidzkiej, adres: ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka, numer KRS 0000311024, NIP 5521675890, REGON 120762270, zwanym dalej „EIRR”, reprezentowanym przez

.....  
A

.....(imię i nazwisko),

PESEL nr .....,

zamieszkały/-ła .....

zwanym dalej „Uczestnikiem”, reprezentowany/-ną przez.....

I. EIRR przekazuje uczestniczkę/uczestnikowi sprzęt sprawny technicznie oraz zgodny z obowiązującymi przepisami bezpieczeństwa, co uczestniczka/uczestnik potwierdza własnym podpisem.

II. Uczestniczka/uczestnik po otrzymaniu sprzętu od EIRR zobowiązuje się do sprawdzenia jego stanu technicznego.

III. W przypadku stwierdzenia usterek bądź zniszczenia sprzętu, uczestniczka/uczestnik zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o tym EIRR.

IV. Uczestnik potwierdza niniejszym otrzymanie:

- a) opaski bezpieczeństwa wraz z kartą SIM o numerze: .....
- b) ładowarki do opaski bezpieczeństwa,
- c) instrukcji użytkowania opaski bezpieczeństwa,
- d) opakowania,
- e) inne: .....

V. Uczestnik/uczestniczka potwierdza, że został/a przeszkolony/a w zakresie korzystania z opaski bezpieczeństwa, w tym korzystania z dodatkowego sprzętu.

VI. Uwagi: .....

Za EIRR:

Uczestnik:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Załącznik nr 2

Do UMOWY ŚWIADCZENIA USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”.

## PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY- ZWROT

podpisany w dniu ..... w ..... pomiędzy:

**Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego** z siedzibą w Suchej Beskidzkiej, adres: ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka, numer KRS 0000311024, NIP 5521675890, REGON 120762270, zwanym dalej „EIRR”, reprezentowanym przez

.....  
a  
.....(imię i nazwisko),

PESEL nr .....,

zamieszkały/-ła .....

zwanym dalej „Uczestnikiem”, reprezentowany/-ną przez.....

I. Uczestniczka/uczestnik zwraca EIRR otrzymany w dniu ..... sprzęt, to jest\*:

- a) opaskę bezpieczeństwa wraz z kartą SIM o numerze: .....
- b) ładowarkę do opaski bezpieczeństwa,
- c) instrukcję użytkowania opaski bezpieczeństwa,
- d) opakowania,
- e) inne: .....

II. Sprzęt, który zwraca uczestniczka/uczestnik jest:

☐ sprawny technicznie, w stanie bardzo dobrym / dobrym / zawiera usterki\*(jakie?)

.....

☐ zniszczony

III. EIRR potwierdza otrzymanie ww. sprzętu.

Za EIRR:

Uczestnik:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*niewłaściwe skreślić

## ROZSZERZONA OCENA MATERIALNO-ŻYCIOWA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Dane osoby niesamodzielnej:

|                    |  |       |  |
|--------------------|--|-------|--|
| Imię i Nazwisko    |  |       |  |
| Data urodzenia     |  | PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |       |  |

Sytuacja mieszkaniowa osoby niesamodzielnej lub rodziny osoby niesamodzielnej:

**Warunki mieszkaniowe** (dostęp do m.in.: prądu, wody, ogrzewania, łazienki, windy, ilość pomieszczeń, stan pomieszczeń) – należy krótko opisać:

.....

.....

.....

.....

Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska opis:

.....

.....

.....

.....

Potrzeby i oczekiwania osoby lub rodziny/opiekuna faktycznego w zakresie usług opiekuńczych lub sąsiedzkich usług opiekuńczych:

.....

.....

.....

.....

**Sytuacja ekonomiczna osoby niesamodzielnej (należy zaznaczyć właściwe):**

| Dochód osoby niesamodzielnej:                                                                                                                                                                 | TAK | NIE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| poniżej 150 % kryterium dochodowego                                                                                                                                                           |     |     |
| między 150-200% kryterium dochodowego                                                                                                                                                         |     |     |
| powyżej 200% kryterium dochodowego                                                                                                                                                            |     |     |
| Wysokość dochodu: ..... zł / na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie<br><i>(niewłaściwe skreślić)</i><br>Stwierdzono na podstawie <i>(należy wskazać dokument)</i> :<br>..... |     |     |
| Stałe miesięczne wydatki osoby/ rodziny łącznie wynoszą: ..... zł                                                                                                                             |     |     |

Czy informacje zawarte w Karcie Oceny Materialno-Życiowej są aktualne: ☐ TAK ☐ NIE  
*(jeśli nie należy ponownie wypełnić kartę Oceny Materialno-Życiowej)*

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

.....  
*(podpis osoby, której dotyczyła ocena bądź opiekuna prawnego/faktycznego tej osoby)*

**Uwagi pracownika przeprowadzającego Rozszerzoną Ocenę Sytuacji Materialno-Życiowej:**

.....  
.....  
.....  
.....

**PODSUMOWANIE ROZSZERZONEJ OCENY MATERIALNO-ŻYCIOWEJ OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

Na podstawie analizy Oceny Sytuacji Materialno-Życiowej, przedstawionej dokumentacji oraz przeprowadzonej Rozszerzonej Oceny Sytuacji Materialno-Życiowej stwierdzono, że Uczestnik/czka Projektu

☐ kwalifikuje się ☐ nie kwalifikuje się

do objęcia wsparciem w zakresie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dostępnych w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł” w postaci

☐ usług opiekuńczych ☐ sąsiedzkich usług opiekuńczych

Uzasadnienie odmowy przyznania usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych:

.....

Zakres wsparcia, rodzaj ww. usług i ich wymiar godzinowy zostanie opracowany we współpracy z osobą niesamodzielną (bądź jej opiekunem prawnym/faktycznym) i określony zostanie w indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki (w części II).

ROMŻ przeprowadzono w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej.

(miejscowość, data)  
przeprowadzającej ROMŻ)

(podpis osoby upoważnionej przez

## INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I OPIEKI

### II. Część

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej: .....

Adres zamieszkania: .....

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego\*: .....

Telefon kontaktowy opiekuna faktycznego\*: .....

**Po dokonaniu Rozszerzonej Oceny Materialno-Życiowej osoba niesamodzielną otrzymuje następujące wsparcie w miejscu zamieszkania:**

☐ USŁUGI OPIEKUŃCZE

☐ SĄSIEDZKIE USŁUGI OPIEKUŃCZE

**A. Zakres przyznanych usług opiekuńczych obejmuje (należy zaznaczyć właściwe):**

| Lp.                                                                  | ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH                                                                                                                                                                           | TAK |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>I. Pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, w tym:</b> |                                                                                                                                                                                                     |     |
| 1.                                                                   | czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych                                                                                                                                          |     |
| a.                                                                   | przygotowanie lub dostarczanie posiłków                                                                                                                                                             |     |
| b.                                                                   | pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie                                                                                                                                                           |     |
| 2.                                                                   | czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym: utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników |     |
| 3.                                                                   | dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych                                                                                                                                     |     |
| 4.                                                                   | czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych                                                            |     |
| 5.                                                                   | czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego                                                                                                                                 |     |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6.                                             | pomoc przy przemieszczaniu się                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <b>II. Opieka higieniczna:</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 1.                                             | czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej                                                                                                                                                                                                |  |
| 2.                                             | pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych                                                                                                                                                                                                    |  |
| 3.                                             | zmiianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych                                                                                                                                                                     |  |
| 4.                                             | pomoc przy ubieraniu się                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 5.                                             | zmiianę bielizny osobistej                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 6.                                             | zmiianę bielizny pościelowej                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 7.                                             | układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>III. Pielęgnacja zlecona przez lekarza:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|                                                | czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, czynności uzupełniające do pielęgniarstwa opieki środowiskowej                                                                           |  |
| <b>IV. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 1.                                             | czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług |  |
| 2.                                             | czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej                                                                                                                                                                                 |  |

**B. Zakres przyznanych sąsiedzkich usług opiekuńczych obejmuje(należy zaznaczyć właściwe):**

| Lp.                                                                                   | ZAKRES SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH                                        | TAK |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>I. Pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach domowych, w szczególności:</b>   |                                                                              |     |
| 1.                                                                                    | pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów                           |     |
| 2.                                                                                    | pomoc w przygotowywaniu i podawaniu posiłków                                 |     |
| 3.                                                                                    | pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w gospodarstwie domowym domu           |     |
| <b>II. Pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach życiowych, w szczególności:</b> |                                                                              |     |
| 1.                                                                                    | pomoc w praniu odzieży i bielizny                                            |     |
| 2.                                                                                    | pomoc w uiszczaniu opłat, w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów          |     |
| 3.                                                                                    | w tym kontaktowanie się w sprawach urzędowych w imieniu osoby objętej usługą |     |
| 4.                                                                                    | towarzyszenie na spacerach                                                   |     |

|    |                                                                                                  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5. | Informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych |  |
| 6. | odwiedziny w szpitalu                                                                            |  |

Okres objęcia wsparciem od .....do .....

Łączny wymiar przyznanych godzin usług opiekuńczych/ sąsiedzkich usług opiekuńczych\* na miesiąc wynosi – ..... godzin.

### Odpłatność za usługi:

Na podstawie przeprowadzonej Rozszerzonej Oceny Sytuacji Materialno-Życiowej Osoby niesamodzielnej przyznane usługi opiekuńcze:

☐ bezpłatnie ☐ za odpłatnością

Ustalona cena godziny za dobrane usługi opiekuńcze (uwzględniającą rodzaj usług) wynosi:

..... zł (słowie: ..... złotych).

Miesięczna opłata za usługi opiekuńcze wynosi: .....zł

(słowie: ..... złotych).

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis pracownika socjalnego)

Akceptuję i wyrażam zgodę na objęcie wsparciem w zakresie zaproponowanych usług:

.....  
(miejscowość, data)  
niesamodzielnej\*)

.....  
(podpis osoby niesamodzielnej/ opiekuna faktycznego osoby

\* niewłaściwe skreślić

**KONTRAKT TRÓJSTRONNY  
DOTYCZĄCY REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH ŚWIADCZONYCH W  
MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIESAMODZIELNEJ  
w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”**

współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, zakres wsparcia: D Wsparcie projektów z zakresu teleopieki, zwanego dalej „Projektem”

zawarty w dniu ..... w ..... pomiędzy:

**Caritas Diecezji Kieleckiej**, ul. Jana Pawła II 3, 25-13 Kielce, KRS 0000198087, NIP 657-038-94-52, REGON: 290505494, zwanym dalej „**Podmiotem realizującym usługi opiekuńcze**”, reprezentowanym przez

.....  
a

..... (imię i nazwisko),

PESEL nr .....,

zamieszkały/-ła .....

zwanym dalej „**osobą niesamodzielną**” reprezentowaną przez .....

.....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego/faktycznego osoby niesamodzielnej\*)

a

.....  
(imię i nazwisko/dane podmiotu) świadcząca/-cym usługi opiekuńcze na rzecz osoby niesamodzielnej zwanym dalej „**Wykonawcą usług opiekuńczych**”.

**§ 1.**

Realizowana usługa opiekuńcza jest świadczona w miejscu pobytu osoby niesamodzielnej, z uwzględnieniem bliskiego otoczenia, uwzględnia podmiotowość osoby niesamodzielnej, w tym respektowanie prawa do poszanowania i ochrony godności, intymności, w szczególności w przypadku o charakterze opieki higienicznej i pielęgnacji oraz poczucia bezpieczeństwa i ochrony dóbr osobistych.

**§ 2.**

1. Podmiot realizujący usługi opiekuńcze zleca Wykonawcy usług opiekuńczych wykonanie na rzecz wskazanej osoby niesamodzielnej, usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania.
2. Zakres usług opiekuńczych został określony po przeprowadzaniu Rozszerzonej Oceny Materialno-Życiowej osoby niesamodzielnej i sporządzeniu **Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki**, który stanowi **złącznik nr 1** do niniejszego kontraktu trójstronnego.
3. Usługi opiekuńcze będą świadczone w okresie od..... do .....

4. Katalog świadczonych usług opiekuńczych na rzecz osoby niesamodzielnej wymieniono, w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki, o którym mowa w ust. 2.
5. Liczba przyznanych godzin świadczonych usług opiekuńczych w danym miesiącu wynosi ..... (słownie: .....).

### § 3.

1. Usługi opiekuńcze realizowane są zgodnie z harmonogramem ustalonym dla danej osoby niesamodzielnej przez Wykonawcę usług opiekuńczych, we współpracy z Podmiotem realizującym usługi opiekuńcze i osobą niesamodzielną lub jej opiekunem prawnym/faktycznym.
2. **Harmonogram świadczenia usług opiekuńczych** stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego kontraktu trójstronnego.
3. Aktualizacja harmonogramu realizacji usług nie powoduje zmiany niniejszego kontraktu trójstronnego.

### § 4.

1. Dla osoby niesamodzielnej zostanie opracowany także **Indywidualny plan wsparcia i pracy**.
2. Plan, o którym mowa w ust. 1, zostanie opracowany przez podmiot realizujący usługi opiekuńcze we współpracy z Wykonawcą usług opiekuńczych i osobą niesamodzielną lub jej opiekunem faktycznym. Wzór indywidualnego planu stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego kontraktu.
3. Indywidualny plan wsparcia i pracy zawiera cele pracy oraz zadania wspierająco-aktywizujące (podtrzymywanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby uprawnionej oraz zapobieganie negatywnym skutkom jej niesamodzielności).
4. Aktualizacja lub zmiana planu, o którym mowa w ust. 1, nie wymaga zmiany niniejszego kontraktu trójstronnego.

### § 5.

1. Osoba niesamodzielna ma prawo do:
  - a) korzystania z określonych w niniejszym kontrakcie usług opiekuńczych,
  - b) zgłaszania uwag i wniosków do realizowanych usług opiekuńczych,
  - c) współpracy przy przygotowaniu, realizacji i ewaluacji Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki (w miarę możliwości zdrowotnych).
2. Osoba niesamodzielna jest zobowiązana do:
  - a) niezwłocznego informowania Realizatora usług opiekuńczych o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych i prawnych mogących mieć wpływ na świadczenie usług opiekuńczych,
  - b) współpracy przy przygotowaniu, realizacji i ewaluacji Indywidualnego planu wsparcia i pracy (w miarę możliwości zdrowotnych),
  - c) potwierdzania otrzymanego wsparcia na karcie pracy osoby świadczącej usługi opiekuńcze,
  - d) w przypadku ustalonej odpłatności za usługi wnoszenia opłaty w kwocie ..... zł (słownie ..... zł) za każdą godzinę wykonywanej usługi,
  - e) opłata wymieniona w lit. d) winna być wnoszona do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, na konto bankowe Realizatora usług nr .....

### § 6.

1. Świadczone usługi opiekuńcze podlegają indywidualnemu dokumentowaniu, monitoringowi i okresowej ewaluacji.
2. Realizacja usług opiekuńczych dokumentowana jest w formie papierowej za pomocą **dziennika usług opiekuńczych i harmonogramu realizacji usług opiekuńczych**. Dziennik prowadzony jest na bieżąco przez Wykonawcę usług opiekuńczych.

3. Dziennik zawiera: datę, rodzaj wykonywanych czynności, uwagi, spostrzeżenia, wnioski Wykonawcy usług opiekuńczych. Wzór dziennika stanowi **załącznik nr 4** do niniejszej umowy.

### § 7.

Podmiot realizujący usługi opiekuńcze jest odpowiedzialny za: monitorowanie i okresową ewaluację świadczonych usług, przyjmowanie skarg i wniosków osób niesamodzielnych związanych zrealizowanymi usługami, wnioskowanie o objęcie całodobową opieką osoby niesamodzielnej w przypadku pogorszenia stanu zdrowia uniemożliwiającego świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej.

### § 8.

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 osoby niesamodzielnej, usługi opiekuńcze nie będą mogły być realizowane kontrakt trójstronny zostanie rozwiązany na mocy porozumienia stron lub jednostronnego oświadczenia Podmiotu realizującego usługi opiekuńcze lub osoby niesamodzielnej.
3. Podmiot realizujący usługi opiekuńcze może zmienić postanowienia kontraktu trójstronnego w sytuacji zmiany wynikającej ze zmiany Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
4. W sytuacji zmiany postanowień określonych w ust. 3, zostanie zawarty aneks do kontraktu trójstronnego.
5. W sytuacji braku zgody osoby niesamodzielnej na zawarcie stosownego aneksu kontrakt trójstronny ulega rozwiązaniu w terminie 14 dni od dnia otrzymania aneksu.
6. Kontrakt trójstronny może zostać rozwiązany na mocy porozumienia stron w każdym czasie.
7. Kontrakt trójstronny może zostać rozwiązany na mocy jednostronnego oświadczenia każdej ze stron z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia.
8. 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 opiekuńczych na rzecz osoby niesamodzielnej,
  - c) zakończenia udziału w projekcie przez osobę niesamodzielną na zasadach opisanych w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie, braku wniesienia opłaty, o której mowa w § 5 ust. 2 lit. d i e.

### § 9.

1. Wykonawca usług opiekuńczych ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osoby niesamodzielnej za szkody powstałe w związku z realizacją usług opiekuńczych.
2. W każdym przypadku, gdy odpowiedzialnym za szkody spowodowane w wyniku realizacji niniejszej umowy zostanie uznany Podmiot realizujący usługi opiekuńcze, Wykonawca zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów poniesionych z tego tytułu przez Podmiot realizujący usługi opiekuńcze, w tym kosztów prawomocnie zasądzonych odszkodowań, środków wypłaconych tytułem zadośćuczynienia i kosztów sądowych.
3. Na tę okoliczność Wykonawca posiada ubezpieczenie OC deliktowe.

### § 10.

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym kontraktem mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

2. Sądem właściwym do dochodzenia roszczeń wynikających z tytułu niniejszego kontraktu jest właściwy dla siedziby Podmiotu realizującego usługi opiekuńcze – Caritas Diecezji Kieleckiej sąd powszechny.

### § 11.

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

Załączniki:

1. Indywidualny Plan Wsparcia i Opieki
2. Harmonogram realizacji usług opiekuńczych.
3. Indywidualny plan wsparcia i pracy.
4. Dziennik usług opiekuńczych.

Caritas Diecezji Kieleckiej .....

Uczestnik projektu

- osoba niesamodzielną

/opiekun prawny/faktyczny

.....

Wykonawca usług opiekuńczych

.....

---

2 Wzór IPWiO zawarto w Załączniku nr 9 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie

Załącznik nr 2 do kontraktu trójstronnego dot. Realizacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”.

Wzór

## HARMONOGRAM REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Okres realizacji                         |  |
| Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej    |  |
| Adres zamieszkania osoby niesamodzielnej |  |
| Dane wykonawcy usługi                    |  |

| Dzień | Godziny pracy<br>od - do | Liczba godzin<br>pracy | Podpis Wykonawcy<br>usługi opiekuńcze | Podpis osoby<br>niesamodzielnej |
|-------|--------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1     |                          |                        |                                       |                                 |
| 2     |                          |                        |                                       |                                 |
| 3     |                          |                        |                                       |                                 |
| 4     |                          |                        |                                       |                                 |
| 5     |                          |                        |                                       |                                 |
| 6     |                          |                        |                                       |                                 |
| 7     |                          |                        |                                       |                                 |
| 8     |                          |                        |                                       |                                 |
| 9     |                          |                        |                                       |                                 |
| 10    |                          |                        |                                       |                                 |
| 11    |                          |                        |                                       |                                 |
| 12    |                          |                        |                                       |                                 |
| 13    |                          |                        |                                       |                                 |
| 14    |                          |                        |                                       |                                 |
| 15    |                          |                        |                                       |                                 |
| 16    |                          |                        |                                       |                                 |
| 17    |                          |                        |                                       |                                 |
| 18    |                          |                        |                                       |                                 |
| 19    |                          |                        |                                       |                                 |
| 20    |                          |                        |                                       |                                 |
| 21    |                          |                        |                                       |                                 |
| 22    |                          |                        |                                       |                                 |
| 23    |                          |                        |                                       |                                 |
| 24    |                          |                        |                                       |                                 |
| 25    |                          |                        |                                       |                                 |
| 26    |                          |                        |                                       |                                 |
| 27    |                          |                        |                                       |                                 |
| 28    |                          |                        |                                       |                                 |
| 29    |                          |                        |                                       |                                 |
| 30    |                          |                        |                                       |                                 |
| 31    |                          |                        |                                       |                                 |

Łącznie liczba zrealizowanych godzin usług sąsiedzkich: .....

.....

(data i podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3 do kontraktu trójstronnego dot. Realizacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”  
**Wzór**

## INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I PRACY Z OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej    |  |
| Adres zamieszkania osoby niesamodzielnej |  |
| Dane wykonawcy usług opiekuńczych        |  |
| Cel realizacji planu                     |  |

| Lp. | Ogólny cel usług | Szczegółowy cel usług | Formy aktywizacji oraz wsparcia | Rodzaj nabywanych umiejętności | Rodzaj usług |
|-----|------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------|
|     |                  |                       |                                 |                                |              |
|     |                  |                       |                                 |                                |              |
|     |                  |                       |                                 |                                |              |

.....  
(data i podpis osoby niesamodzielnej/ opiekuna faktycznego\*)

.....  
(data i podpis osoby reprezentującej Podmiot świadczący usługi opiekuńcze)

.....  
(data i podpis Wykonawcy usług opiekuńczych)

\*niepotrzebne skreślić

Projekt „**Małopolski Tele-Anioł**” jest realizowany przez Województwo Małopolskie, Caritas Diecezji Kieleckiej, Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego. Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, zakres wsparcia: D Wsparcie projektów z zakresu teleopieki.

Załącznik nr 4 do Kontraktu trójstronnego dotyczący realizacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”  
Wzór

## DZIENNIK CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej |  |
| Adres zamieszkania osoby              |  |
| Niesamodzielnej                       |  |
| Dane wykonawcy usług opiekuńczych     |  |

| Data | Rodzaj wykonywanej czynności | Uwagi, sprostowania, wnioski, informacje dot. kontaktów, wizyt | Podpis osoby dokonującej wpisu |
|------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |
|      |                              |                                                                |                                |

**KONTRAKT TRÓJSTRONNY  
DOTYCZĄCY REALIZACJI SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH  
ŚWIADCZONYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIESAMODZIELNEJ  
w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”**

współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, zakres wsparcia: D Wsparcie projektów z zakresu teleopieki, zwanego dalej „Projektem” zawarty w dniu..... W ..... pomiędzy:

**Caritas Diecezji Kieleckiej**, ul. Jana Pawła II 3, 25-13 Kielce, KRS 0000198087, NIP 657-038-94-52, REGON: 290505494, zwanym dalej „**Podmiotem realizującym sąsiedzkie usługi opiekuńcze**”, reprezentowanym przez

.....  
a

..... (imię i nazwisko),

PESEL nr .....,  
zamieszkały/-ła .....,  
zwanym dalej „**osobą niesamodzielną**” reprezentowaną przez .....

.....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego/faktycznego osoby niesamodzielnej\*)

a

.....  
(imię i nazwisko/dane podmiotu) świadcząca/-cym sąsiedzkie usługi opiekuńcze na rzecz osoby niesamodzielnej zwanym dalej „**Wykonawcą sąsiedzkich usług opiekuńczych**”.

**§ 1.**

1. Realizowana sąsiedzka usługa opiekuńcza jest świadczona w miejscu pobytu osoby niesamodzielnej, przez osobę blisko zamieszkującą. Usługa uwzględnia podmiotowość osoby niesamodzielnej, w tym respektowanie prawa do poszanowania i ochrony godności, intymności oraz poczucia bezpieczeństwa i ochrony dóbr osobistych.
2. Osoba świadcząca sąsiedzkie usługi opiekuńcze jest osobą zaufaną, zdolną do pracy na rzecz osoby niesamodzielnej i pozostaje w stałym kontakcie z podopiecznym.

**§ 2.**

1. Podmiot realizujący sąsiedzkie usługi opiekuńcze zleca wykonanie Wykonawcy sąsiedzkich usług opiekuńczych, na rzecz wskazanej osoby niesamodzielnej, usług sąsiedzkich świadczonych w miejscu zamieszkania.
2. Zakres sąsiedzkich usług opiekuńczych został określony po przeprowadzaniu Rozszerzonej Oceny Materialno-Życiowej osoby niesamodzielnej i sporządzeniu

**Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki**, który stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego kontraktu trójstronnego.

3. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze będą świadczone w okresie od ..... do .....
4. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze będą świadczone w zależności od potrzeb osoby niesamodzielnej, nie rzadziej niż jeden raz na dobę, w ciągu dnia. W nagłych przypadkach usługi mogą być świadczone w nocy (np. nagłe zachorowanie lub złe samopoczucie).
5. Wykonawca sąsiedzkich usług opiekuńczych zobowiązuje się stałego kontaktu z podopiecznym.
6. Katalog świadczonych sąsiedzkich usług opiekuńczych na rzecz osoby niesamodzielnej wymieniono w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki, o którym mowa w ust. 2.
7. Liczba przyznanych godzin świadczonych usług sąsiedzkich w danym miesiącu wynosi ..... (słownie: .....).
8. Zakres obowiązków osoby wykonującej sąsiedzkie usługi opiekuńcze określono w **Zakresie czynności**. Zakres czynności stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego kontraktu.

### § 3.

Realizacja sąsiedzkich usług opiekuńczych dokumentowana będzie za pomocą **Harmonogramu zrealizowanych usług sąsiedzkich**, który stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego kontraktu trójstronnego.

### § 4.

1. Osoba niesamodzielna ma prawo do:
  - a) korzystania z określonych w niniejszym kontrakcie sąsiedzkich usług opiekuńczych,
  - b) zgłaszania uwag i wniosków do realizowanych sąsiedzkich usług opiekuńczych,
  - c) współpracy przy przygotowaniu, realizacji i ewaluacji Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki (w miarę możliwości zdrowotnych).
2. Osoba niesamodzielna jest zobowiązana do:
  - a) niezwłocznego informowania Realizatora sąsiedzkich usług opiekuńczych o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych i prawnych mogących mieć wpływ na świadczenie usług,
  - b) potwierdzania otrzymanego wsparcia na formularzu Harmonogram zrealizowanych usług sąsiedzkich.

### § 5.

1. Za wykonane sąsiedzkich usług opiekuńczych Wykonawca otrzyma wynagrodzenie.
2. Szczegółowe postanowienia dotyczące wynagrodzenia zostaną uregulowane w umowie pomiędzy Podmiotem realizującym sąsiedzkie usługi opiekuńcze a Wykonawcą sąsiedzkich usług opiekuńczych.

### § 6.

Podmiot realizujący sąsiedzkie usługi opiekuńcze jest odpowiedzialny za: monitorowanie i okresową ewaluację świadczonych usług, przyjmowanie skarg i wniosków osób niesamodzielnych związanych z realizowanymi usługami, wnioskowanie o objęcie całodobową opieką osoby niesamodzielnej w przypadku pogorszenia stanu zdrowia uniemożliwiającego świadczenie sąsiedzkich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej.

### § 7.

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 osoby niesamodzielnej, sąsiedzkie usługi opiekuńcze nie będą mogły być realizowane kontrakt trójstronny zostanie rozwiązany na mocy porozumienia stron lub jednostronnego oświadczenia Podmiotu realizującego sąsiedzkie usługi opiekuńcze lub osoby niesamodzielnej.
3. Podmiot realizujący sąsiedzkie usługi opiekuńcze może zmienić postanowienia kontraktu trójstronnego w sytuacji zmiany wynikającej ze zmiany *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”*.
4. W sytuacji zmiany postanowień określonych w ust. 3, zostanie zawarty aneks do kontraktu trójstronnego.
5. W sytuacji braku zgody osoby niesamodzielnej na zawarcie stosownego aneksu kontrakt trójstronny ulega rozwiązaniu w terminie 14 dni od dnia otrzymania aneksu.
6. Kontrakt trójstronny może zostać rozwiązany na mocy porozumienia stron w każdym czasie.
7. Kontrakt trójstronny może zostać rozwiązany na mocy jednostronnego oświadczenia każdej ze stron z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia.
8. 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 sąsiedzkich usług opiekuńczych na rzecz osoby niesamodzielnej.
  - c) zakończenia udziału w projekcie przez osobę niesamodzielną na zasadach opisanych w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie.

## § 8.

1. Wykonawca sąsiedzkich usług opiekuńczych ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osoby niesamodzielnej za szkody powstałe w związku z realizacją usług sąsiedzkich.
2. W każdym przypadku, gdy odpowiedzialnym za szkody spowodowane w wyniku realizacji niniejszej umowy zostanie uznany Podmiot realizujący sąsiedzkie usługi opiekuńcze, Wykonawca sąsiedzkich usług opiekuńczych zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów poniesionych z tego tytułu przez Podmiot realizujący sąsiedzkie usługi opiekuńcze, w tym kosztów prawomocnie zasądzonych odszkodowań, środków wypłaconych tytułem zadośćuczynienia i kosztów sądowych.
3. Na tę okoliczność Wykonawca może posiadać ubezpieczenie OC deliktowe.

## § 9.

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym kontraktem mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.
2. Sędem właściwym do dochodzenia roszczeń wynikających z tytułu niniejszego kontraktu jest właściwy dla siedziby Podmiotu realizującego sąsiedzkie usługi opiekuńcze – Caritas Diecezji Kieleckiej sąd powszechny.

## § 10.

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

Załączniki:

1. Indywidualny Plan Wsparcia i Opieki<sup>3</sup>.
2. Zakres czynności.
3. Wzór Harmonogramu zrealizowanych usług sąsiedzkich.

Caritas Diecezji Kieleckiej .....

Uczestnik projektu –  
osoba niesamodzielna .....  
/opiekun prawny/faktyczny

Wykonawca usług sąsiedzkich .....

Załącznik nr 2 do kontraktu trójstronny dot. Realizacji sąsiedzkich usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”

Wzór

## ZAKRES CZYNNOŚCI ŚWIADCZENIA SĄSIEDZKICH USŁUG OKIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Miejsce wykonania pracy/ zlecenia: .....

Wykonawca usług sąsiedzkich zobowiązuje się do:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Niniejszy zakres obowiązków jest integralną częścią kontraktu trójstronnego zawartego w dniu .....

.....  
(podpis Wykonawcy usługi sąsiedzkiej)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania  
Realizator sąsiedzkich usług opiekuńczych)

Załącznik nr 3 do kontraktu trójstronny dot. Realizacji sąsiedzkich usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”  
Wzór

## HARMONOGRAM ZREALIZOWANYCH USŁUG SĄSIEDZKICH

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| <b>Okres realizacji</b>                         |  |
| <b>Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej</b>    |  |
| <b>Adres zamieszkania osoby niesamodzielnej</b> |  |
| <b>Dane wykonawcy usługi</b>                    |  |

| <b>Dzień</b> | <b>Godziny pracy od - do</b> | <b>Liczba godzin pracy</b> | <b>Podpis Wykonawcy usługi opiekuńcze</b> | <b>Podpis osoby niesamodzielnej</b> |
|--------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1            |                              |                            |                                           |                                     |
| 2            |                              |                            |                                           |                                     |
| 3            |                              |                            |                                           |                                     |
| 4            |                              |                            |                                           |                                     |
| 5            |                              |                            |                                           |                                     |
| 6            |                              |                            |                                           |                                     |
| 7            |                              |                            |                                           |                                     |
| 8            |                              |                            |                                           |                                     |
| 9            |                              |                            |                                           |                                     |
| 10           |                              |                            |                                           |                                     |
| 11           |                              |                            |                                           |                                     |
| 12           |                              |                            |                                           |                                     |
| 13           |                              |                            |                                           |                                     |
| 14           |                              |                            |                                           |                                     |
| 15           |                              |                            |                                           |                                     |
| 16           |                              |                            |                                           |                                     |
| 17           |                              |                            |                                           |                                     |
| 18           |                              |                            |                                           |                                     |
| 19           |                              |                            |                                           |                                     |
| 20           |                              |                            |                                           |                                     |
| 21           |                              |                            |                                           |                                     |
| 22           |                              |                            |                                           |                                     |
| 23           |                              |                            |                                           |                                     |
| 24           |                              |                            |                                           |                                     |
| 25           |                              |                            |                                           |                                     |
| 26           |                              |                            |                                           |                                     |
| 27           |                              |                            |                                           |                                     |
| 28           |                              |                            |                                           |                                     |
| 29           |                              |                            |                                           |                                     |
| 30           |                              |                            |                                           |                                     |
| 31           |                              |                            |                                           |                                     |

**Łącznie liczba zrealizowanych godzin usług sąsiedzkich: .....**

.....  
(data i podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 12. Wzór Informacji o rezygnacji z udziału w projekcie  
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”

## Wzór informacji o rezygnacji z udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”

Ja, niżej podpisany(a) .....  
(imię i nazwisko)

PESEL: .....  
(nr PESEL)

zgłaszam chęć rezygnacji z uczestnictwa w projekcie pn. „**Małopolski Tele-Anioł**”.  
Powód rezygnacji:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika projektu\*)

Załącznik nr 13. Wzór odmowy włączenia do udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”  
Do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”

## ODMOWA WŁĄCZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE PN. „MAŁOPOLSKI TELE-ANIOŁ”

Na podstawie przeprowadzonej w dniu ..... Podstawowej Oceny  
Materialno-Życiowej stwierdzono, że osoba niesamodzielna .....  
..... (imię i nazwisko), PESEL .....  
zamieszkała w ..... nie kwalifikuje się  
do objęcia wsparciem w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”.

### UZASADNIENIE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)  
przeprowadzającej OMŻ)

.....  
(podpis osoby upoważnionej przez

Potwierdzam odbiór

.....  
(miejscowość, data)

.....  
Inny podpis osoby niesamodzielnej/ opiekuna faktycznego/prawnego