

**ZARZĄDZENIE NR 23/2022**  
**DYREKTORA MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W NOWYM MIEŚCIE**  
**LUBAWSKIM**

z dnia 10 czerwca 2022 r.

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów”  
na rok 2022 w Gminie Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie**

Na podstawie Uchwały Nr XXXIV/230/2022 Rady Miejskiej w Nowym Mieście Lubawskim z dnia 29 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia programu osłonowego Gminy Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie "Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2022 oraz §9 ust. 4 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim nadanego Uchwałą Nr V/30/2015 Rady Miejskiej w Nowym Mieście Lubawskim z dnia 17 marca 2015 r. (Dz. Urz. Woj. Warm.-Maz. z 2018 r., poz. 4652) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 w Gminie Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Społecznej  
w Nowym Mieście  
Lubawskim

**Dariusz Andrzejewski**

## **Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 w Gminie Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie**

### **§1. Informacje ogólne**

1. Regulamin rekrutacji i udziału w Programie ośłonowym Gminy Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Moduł II oraz Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej Regulaminem.
2. Regulamin określa warunki rekrutacji Uczestników i ich udziału w korzystaniu z usług wsparcia, tzw. „opieki na odległość” oferowanych w ramach Programu.
3. Program jest finansowany ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, utworzonego na podstawie art. 65 ustawy z dnia 31.03.2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw.
4. Okres realizacji Programu: do 31.12.2022 roku.
5. Udział w Programie jest bezpłatny, co oznacza, że od Uczestników nie pobiera się żadnych opłat z tytułu ich udziału w Programie ani z tytułu korzystania ze świadczeń oferowanych w ramach Programu.
6. Niniejszy regulamin zostanie upubliczniony.

### **§2. Definicje**

1. Program – program o nazwie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Moduł II – Teleopieka w Gminie Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie - celem programu jest poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania dla osób starszych przez zwiększanie dostępu do tzw. „opieki na odległość”.
2. Gmina – Gmina Miejska Nowe Miasto Lubawskie, ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie.
3. Ośrodek – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim z siedzibą przy ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie.
4. Kandydat – senior w wieku 65 lat i więcej, który zgłosił chęć uczestnictwa w Programie.
5. Uczestnik Programu – senior w wieku 65 lat i więcej, który został zakwalifikowany do udziału w Programie.
6. Regulamin – niniejszy Regulamin rekrutacji i udziału w Programie.
7. Opiekun Faktyczny – osoba uprawniona do reprezentowania Uczestnika Programu, w tym do uzyskiwania informacji na temat jego stanu zdrowia.
8. „Opaska bezpieczeństwa” - urządzenie elektroniczne, zakładane na nadgarstek wyposażone w kartę SIM i kabel zasilający, pozwalające na monitorowanie podstawowych funkcji życiowych (puls, saturacja), wyposażone w przycisk bezpieczeństwa (sygnał SOS), detektor upadku, lokalizator GPS oraz umożliwiające komunikowanie się z centrum obsługi oraz Opiekunem Faktycznym.
9. Teleopieka – centrum całodobowej „opieki na odległość” nad seniorami przez centrum monitoringu.

### **§3. Warunki uczestnictwa w Programie**

1. Program realizowany na terenie Gminy przewiduje udzielenie wsparcia w ramach Programu dla 25 uczestników, przy czym liczba uczestników może zostać zwiększona w przypadku takiej potrzeby oraz możliwości finansowych.
2. Uczestnikami Programu mogą zostać seniorzy, którzy spełniają **wszystkie kryteria warunkujące** udział w Programie, tj.:
  - 2.1. mają 65 lat i więcej,
  - 2.2. zamieszkują na terenie Gminy,

- 2.3. mają problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia.
  - 2.4. prowadzą samodzielne gospodarstwo domowe lub mieszkają z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia.
- 3. Kryteria premiujące:**
- 3.1. osoby samotnie gospodarujące, niepozostające w związku małżeńskim i nieposiadającą wstępnych ani zstępnych (10 pkt),
  - 3.2. wiek 80+ (10 pkt),
  - 3.3. orzeczenie o niepełnosprawności – (10 pkt) – znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności bądź I lub II grupa inwalidów.
4. Pierwszeństwo do wzięcia udziału w Programie mają seniorzy nie korzystający z innych form całodobowej opieki.
5. Weryfikacja spełnienia kryteriów warunkujących oraz premiujących następuje na podstawie oświadczenia Kandydata zawartego w Formularzu- *załącznik Nr 1*.

#### **§4. Formy Wsparcia**

1. Wsparcie zostanie udzielone każdemu z Uczestników w postaci tzw. usługi Teleopieki, obejmującej:
  - 1.1. Udostępnienie „opaski bezpieczeństwa”,
  - 1.2. Dostęp do systemu informatycznego Teleopieki,
  - 1.3. Opiekę centrum Teleopieki: centrum Teleopieki działa 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, monitorując zdarzenia dotyczące Uczestników, w tym aktywności SOS, alerty dotyczące monitorowanych parametrów zdrowotnych i postępujących zgodnie z przyjętymi procedurami alarmowymi.
2. Każdy z Uczestników zostanie przeszkolony w zakresie korzystania z „opaski bezpieczeństwa” i form wsparcia objętych Programem.
3. Przekazanie „opaski bezpieczeństwa” oraz udział w szkoleniu stwierdzone zostanie w protokole zdawczo-odbiorczym- *załącznik Nr 5*.

#### **§5. Oświadczenia Kandydata**

1. Kandydat w związku z przystąpieniem do Programu oświadcza, iż:
  - 1.1. wyraża wolę uczestnictwa w Programie;
  - 1.2. zna, rozumie i spełnia wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie;
  - 1.3. przystępując do Programu wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.
  - 1.4. jest świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Kandydat oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem oraz pozostałymi dokumentami dotyczącymi udziału we wsparciu oferowanym w ramach Programu, rozumie i akceptuje wszystkie ich postanowienia oraz zobowiązuje się do ich stosowania.
3. Kandydat oświadcza, że:
  - 3.1. w jego miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej;
  - 3.2. nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiłyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych na jego rzecz;
  - 3.3. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez niego z usług teleopiekuńczych;
  - 3.4. rozumie zakres i zasady świadczenia usługi teleopiekuńczych.

#### **§6. Przebieg rekrutacji, weryfikacja dokumentacji oraz podpisanie umowy**

1. Rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły. Gmina może postanowić o przedłużeniu okresu rekrutacji lub o jego skróceniu ze względu na udzielenie wsparcia maksymalnej liczbie Uczestników.
2. Rekrutacja może być prowadzona w jednej edycji bądź w kilku edycjach.
3. Osoby, które, mimo spełniania kryteriów warunkujących udział w Programie (wskazanych w par. 4 ust. 3), nie zostały wybrane do przyznania wsparcia w ramach danej edycji rekrutacji zostają umieszczone na liście rezerwowej.
4. Rekrutacja będzie składała się z następujących Etapów:
  - 4.1. **ETAP I** – złożenie Formularza zgłoszeniowego do udziału w Programie następuje w formie papierowej.
  - 4.2. **ETAP II** – weryfikacja dokumentów pod kątem spełniania kryteriów.

**4.3.** Rekrutacja oraz weryfikacja dokumentów będzie prowadzona przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim.

**4.4. ETAP III** – ocena i utworzenie listy uczestników oraz listy rezerwowej.

**4.4.1.** Lista uczestników zostanie sporządzona na podstawie uzyskanej punktacji (od największej do najmniejszej liczby punktów).

**4.4.2.** O zakwalifikowaniu Kandydata do udziału w Programie decyduje liczba przyznanych punktów ogółem. Kandydaci, którzy otrzymali wyższą liczbę punktów mają pierwszeństwo przed osobami, które otrzymały niższą liczbę punktów.

**4.4.3.** W sytuacji, gdy Kandydaci otrzymają taką samą liczbę punktów o ostatecznym zakwalifikowaniu Kandydata do udziału w Programie decyduje data założenia formularza pierwszeństwo mają Kandydaci, którzy wcześniej złożyli formularz).

**4.4.4.** Kandydaci zakwalifikowani do udziału w Programie są zobowiązani do podpisania umowy uczestnictwa oraz dostarczenia we wskazanym terminie wszystkich niezbędnych załączników i dokumentów.

**4.4.5.** Kandydaci, którzy pozytywnie przeszli proces rekrutacji, ale nie zakwalifikowali się do udziału w Programie, zostaną umieszczeni na liście rezerwowej.

**4.4.6.** W przypadku rezygnacji Kandydata, który zakwalifikował się do udziału w Programie lub innych przyczyn w jego miejsce przyjmowany będzie Kandydat z listy rezerwowej.

**4.4.7.** Kandydatom nie przysługuje odwołanie od zakończonej rekrutacji na żadnym etapie rekrutacji.

**4.5. ETAP IV** - podpisanie umów uczestnictwa w Programie.

**4.5.1.** Wzór umowy uczestnictwa stanowi załącznik Nr 4 do niniejszego Regulaminu.

## **§7. Postanowienia końcowe**

1. Gmina zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem wszelkie decyzje podejmuje Gmina według własnego uznania.

### **Załączniki:**

Załącznik Nr 1 – Formularz zgłoszeniowy.

Załącznik Nr 2 – Oświadczenia Uczestnika Programu.

Załącznik Nr 3 – Klauzula RODO.

Załącznik Nr 4 – Umowa uczestnictwa w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Moduł II.

Załącznik Nr 5 – Protokół zdawczo-odbiorczy.

Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
--	--	-----------------------------------	--

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROGRAMIE**  
**„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Moduł II - Teleopieka**

**I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA**

<b>DANE UCZESTNIKA</b>  (PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
	<b>PESEL</b>	
	<b>DATA URODZENIA</b>	
	<b>NR TELEFONU/ADRES EMAIL</b>	
	<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>	

**II CZĘŚĆ – WARUNKUJĄCE KRYTERIA UDZIAŁU W PROGRAMIE**

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.

Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ WSZYSTKIE PONIŻSZE KRYTERIA WARUNKUJĄCE:**

- Jestem seniorem w wieku 65 lat i więcej.
- Mieszkam na terenie Gminy Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie.
- Mam problem z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia.
- Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe lub mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.

**III CZĘŚĆ – PREMIUJĄCE WARUNKI UDZIAŁU W PROGRAMIE**

- Jestem osobą samotną – osobą samotnie gospodarującą, niepozostającą w związku małżeńskim i nieposiadającą wstępnych ani zstępnych.
- Jestem seniorem powyżej 80 roku życia.
- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności bądź I lub II grupa inwalidów.

#### IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w Regulaminie, uprawniające mnie do udziału w ww. Programie.
4. Nie przebywam w domu pomocy społecznej oraz ośrodka wsparcia świadczącym całodobowe usługi opiekuńcze.
5. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych o stanie zdrowia (w tym chorób Kandydata i przyjmowanych leków) w celu realizacji Programu.

#### V CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UDZIALE W PROGRAMIE

Wzrost:.....

Masa ciała:.....

Standardowe ciśnienie skurczowe:.....

Standardowe ciśnienie rozkurczowe:.....

CHOROBY KANDADATA		AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI (nazwy leków)	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	

.....  
(data i podpis Kandydata)

## **Oświadczenie Uczestnika Programu**

W związku z przystąpieniem do Programu pn. „**Korpus Wsparcia Seniorów**” na rok 2022 **Moduł II** – Teleopieka oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem „opaski bezpieczeństwa” zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o stanie mojego zdrowia oraz samopoczucia, w tym na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem Faktycznym we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie – za pośrednictwem „opaski bezpieczeństwa” – nagłego pogorszenia samopoczucia i przekazywania Opiekunowi Faktycznemu wszelkich danych o moim stanie zdrowia:

imię i nazwisko Opiekuna Faktycznego:

.....

adres Opiekuna Faktycznego:

.....

nr telefonu/ email Opiekuna Faktycznego:

.....

.....

*miejsowość, data*

.....

*czytelny podpis*

\* Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**Klauzula RODO o przetwarzaniu danych osobowych w Programie  
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Moduł II - Teleopieka**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z Rozporządzeniem 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, dalej RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Nowym Mieście Lubawskim z siedzibą przy ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie.
2. W kwestiach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych działającym u Administratora danych mailowo na adres: [iod@valven.pl](mailto:iod@valven.pl) bądź pisemnie na adres Administratora wskazany powyżej.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z 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) w szczególności: art. 6 ust. 1 lit. a (osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;), lit. b (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy) w związku z Pana/Pani uczestnictwem w Programie „Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2022 Moduł II – Teleopieka.
4. Pani/Pana dane osobowe Pani/Pana dane osobowe (tj. imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia, adres do korespondencji, wiek, wzrost, masa ciała, adres zamieszkania, nr telefonu, adres email, informacje o stanie zdrowia - chorobach, przyjmowanych lekach, niepełnosprawności, ciśnieniu Rr) oraz dane osobowe opiekuna faktycznego (tj. imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu i adres e-mail) są niezbędne i będą przetwarzane w związku z uczestnictwem w Programie „Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2022 Moduł II – Teleopieka.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione podmioty z którymi Realizatorzy Programu współpracują przy realizacji Programu, w szczególności jednostka samorządu terytorialnego, na obszarze której Pani/Pan zamieszkuje oraz dostawca usługi tzw. „opasek bezpieczeństwa” oraz całodobowej opieki na odległość przez centrum monitoringu tj. w szczególności HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, ul. Tymienieckiego 19A, 90-349 Łódź.
6. Pani/Pana dane osobowe oraz dane opiekuna faktycznego będą przetwarzane przez okres prawem przewidziany w zakresie wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji finansowej związanej z realizacją Programu (kategoria archiwalna B5). W odrębnych terminach mogą być przetwarzane dane osobowe związane z realizacją ochrony roszczeń i ich przedawnieniem.
7. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach prawem przewidzianych, do wniesienia sprzeciwu, do przenoszenia danych.
8. W razie uznania, że Pani/Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby mogła Pani/mógł Pan wziąć udział w Programie.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis



**UMOWA UCZESTNICTWA w Programie**  
**„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Moduł II**  
zawarta w Nowym Mieście Lubawskim w dniu .....

pomiędzy :

**Gminą Miejską Nowe Miasto Lubawskie - Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim z siedzibą przy ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie, NIP 877-146-27-31, REGON 871118885**, reprezentowaną przez Dariusza Andrzejewskiego – Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim, na podstawie pełnomocnictw udzielonych przez Burmistrza Nowego Miasta Lubawskiego: pełnomocnictwo udzielone Zarządzeniem Nr 93/2022 z dnia 28 lipca 2020 r., pełnomocnictwo Nr OR.077.17.2022 z dnia 6 kwietnia 2022 r. oraz zgodnie z Uchwałą Nr XXXIV/230/2022 Rady Miejskiej w Nowym Mieście Lubawskim z dnia 29 marca 2022 r.

- zwaną dalej **Realizatorem Programu**

a

Panią/Panem ..... (imię i nazwisko), zamieszkałą/ym w ..... (miasto),  
..... (kod pocztowy), ul ....., PESEL .....,  
nr tel. ...., e-mail: .....

- zwaną/ym dalej **Uczestnikiem**

zwanymi w dalszej części umowy „**Stronami**”

### **§1. Przedmiot umowy**

- 1.1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie Uczestnikowi przez Realizatora Programu wsparcia w ramach udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 Moduł II – zwanym dalej Programem.
- 1.2. Wsparcie zostanie udzielone Uczestnikowi w następujących formach:
  - 1.2.1. Użyczenie „opaski bezpieczeństwa”: urządzenie elektroniczne, zakładane na nadgarstek wyposażone w kartę SIM i kabel zasilający, pozwalające na monitorowanie podstawowych funkcji życiowych (puls, saturacja), wyposażone w przycisk bezpieczeństwa (sygnał SOS), detektor upadku, lokalizator GPS oraz umożliwiające komunikowanie się z centrum obsługi oraz opiekunami.
  - 1.2.2. Dostęp do systemu informatycznego Teleopieki: „opaska bezpieczeństwa” umożliwi kontakt z ratownictwem medycznym w przypadku potrzebnej pomocy 24 godziny/dobę w sytuacji nagłego pogorszenia samopoczucia, czy zachorowania Uczestnika. Po naciśnięciu przycisku SOS „opaska bezpieczeństwa” łączy się z numerem Centrum Teleopieki, który udziela adekwatnej do sytuacji oraz możliwości pomocy, w tym m.in. informuje wskazane osoby do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy lub/ i kontaktuje się z samym Uczestnikiem poprzez „opaskę bezpieczeństwa”.
  - 1.2.3. Opieka Centrum Teleopieki: Centrum Teleopieki działa 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, monitorując zdarzenia dotyczące Uczestnika, w tym aktywności SOS, alerty dotyczące monitorowanych parametrów i postępujących zgodnie z przyjętymi procedurami alarmowymi.

### **§2. Warunki korzystania ze wsparcia**

- 2.1. Uczestnik oświadcza, iż został pouczony o odpowiedzialności za składanie niezgodnych z prawdą oświadczeń i potwierdza, że dane przedstawione w formularzu zgłoszeniowym udziału w Programie pozostają aktualne i zgodne z prawdą.
- 2.2. Udział w Programie jest bezpłatny, tj. od Uczestnika nie są pobierane żadne opłaty z tytułu udziału w Programie i korzystania z oferowanych w Programie form wsparcia, pod warunkiem spełnienia przez Uczestnika warunków opisanych w umowie.
- 2.3. Wskazane w §1 umowy wsparcie będzie świadczone przez okres realizacji Programu.

### **§3. Opaska bezpieczeństwa**

- 3.1.** Uczestnik zobowiązuje się do:
  - 3.1.1.** dbania o powierzoną opaskę bezpieczeństwa, w tym w szczególności do nie wystawiania jej na działanie otwartego ognia, działanie wysokich lub ujemnych temperatur, długotrwałe działanie promieni słonecznych,
  - 3.1.2.** nieotwierania i nie rozkręcania obudowy i nieusuwania/niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w opasce bezpieczeństwa. Usunięcie karty SIM z opaski pozbawia ją możliwości kontaktu z Centrum Teleopieki i w takim przypadku usługa Teleopieki objęta niniejszą umową nie będzie mogła być świadczona wyłącznie z winy Uczestnika przez czas w jakim karta SIM nie znajduje się w „opasce bezpieczeństwa”,
  - 3.1.3.** do pozostawienia oryginalnego paska opaski bezpieczeństwa, chyba, że Realizator Programu udzieli w danym uzasadnionym przypadku pisemnej zgody na wymianę paska. W każdym innym przypadku wymiana paska będzie oznaczała nieuprawnioną ingerencję w „opaski bezpieczeństwa”,
  - 3.1.4.** korzystania z opaski bezpieczeństwa w sposób zgodny z jej przeznaczeniem, rozsądny i racjonalny, w tym do stałego dbania o stan naładowania baterii. W przypadku rozładowania baterii w opasce, Realizator Programu, Centrum Teleopieki ani inny podmiot nie ponoszą odpowiedzialności za brak możliwości udzielenia pomocy użytkownikowi opaski,
  - 3.1.5.** niezwłocznego zgłaszania sytuacji braku sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania użytkownika opaski bezpieczeństwa lub wystąpienia innych okoliczności mogących zakłócić korzystanie z niej. Zgłoszeń należy dokonywać na numer Centrum Teleopieki, dostępny przez całą dobę, każdego dnia, dołączony do instrukcji użytkowania opaski bezpieczeństwa,
  - 3.1.6.** niezwłocznego zgłaszania ewentualnych usterek/błędów opaski bezpieczeństwa lub jej osprzętu, ich uszkodzenia, zgubienia lub kradzieży itp., zgłoszeń należy dokonywać do Centrum Technicznego na numer 690 815 100 w dni robocze w godzinach 8:00-15:00,
  - 3.1.7.** niewykorzystywania opaski bezpieczeństwa i/lub znajdującej się w niej karty SIM do wykonywania połączeń innych niż na numery Centrum Teleopieki ani do celów nie związanych z przedmiotem niniejszej umowy,
  - 3.1.8.** korzystania z opaski bezpieczeństwa wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Włączenie opaski za granicą może skutkować naliczeniem opłaty z tytułu roamingu danych lub innymi kosztami zależnymi od zagranicznego operatora, koszty te ponosi wyłącznie użytkownik opaski,
  - 3.1.9.** nie przekazywania opaski bezpieczeństwa (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu żadnym osobom trzecim, jak również nie wywożenia jej (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu poza terytorium Polski, Uczestnik akceptuje, że w przypadku stwierdzenia naruszenia przez niego tego obowiązku, Uczestnik może zostać wykluczony z udziału w Programie z jego wyłącznej winy i w takim przypadku Uczestnikowi nie przysługują żadne roszczenia wobec podmiotów realizujących Program,
- 3.2.** Uczestnik przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że pomiary dokonywane na opasce bezpieczeństwa mają charakter pomocniczy i poglądowy i nie zastępują pomiarów wykonywanych przez specjalistyczne urządzenia pomiarowe, a celem wykonywania pomiarów na opasce bezpieczeństwa jest wyłącznie wykrycie wskazań do wykonania badania kontrolnego na innym urządzeniu medycznym, w szczególności w placówce medycznej.
- 3.3.** Uczestnik przyjmuje do wiadomości, że świadczenie na jego rzecz usług Teleopieki w ramach Programu, odbywa się wyłącznie na obszarze Realizatora Programu, na terenie której zamieszkuje.
- 3.4.** Uczestnik akceptuje, iż z przyczyn technicznych mogą występować przerwy w świadczeniu usług Teleopieki.
- 3.5.** Realizator Programu ani żadne podmioty działające we współpracy z Realizatorem Programu w celu realizacji usługi Teleopieki, a także podmioty biorące udział w realizacji Programu nie ponoszą odpowiedzialności za uszkodzenia lub uszczerbek na zdrowiu wynikające z użytkowania opaski bezpieczeństwa, a w szczególności wynikające z nieprawidłowego jej użytkowania.
- 3.6.** Realizator Programu ani żadne podmioty działające we współpracy z Realizatorem Programu w celu realizacji usługi Teleopieki, a także podmioty biorące udział w realizacji Programu nie ponoszą odpowiedzialności oraz nie pokrywają kosztu z tytułu nieuzasadnionego wezwania służb medycznych jeśli nastąpiło ono na wniosek Uczestnika.
- 3.7.** Uczestnik przyjmuje do wiadomości, że w celu zapewnienia najwyższych standardów obsługi rozmowy z Centrum Teleopieki są nagrywane i wyraża na to zgodę.

#### **§4. wypowiedzenie umowy. Wygaśnięcie umowy**

- 4.1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia jej podpisania przez obie Strony do dnia 31.12.2022 roku.
- 4.2. Umowa może zostać wypowiedziana przez Realizatora Programu w trybie natychmiastowym z ważnych powodów, w tym w szczególności w przypadku:
  - 4.2.1. wystąpienia przyczyn uniemożliwiających świadczenie usług Teleopieki na rzecz Uczestnika, w szczególności przyczyn technicznych;
  - 4.2.2. naruszenia przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy lub postanowień innych dokumentów obowiązujących w ramach Programu;
  - 4.2.3. zaprzestania realizacji Programu lub dokonania w nim zmian uniemożliwiających dalsze świadczenie usług Teleopieki;
  - 4.2.4. niesprawiedliwionego zaprzestania korzystania ze wsparcia przez okres dłuższy niż tydzień, rozumianego jako pozostawienie nieaktywnej opaski bezpieczeństwa wskutek braku jej ładowania lub wskutek pozbawienia jej karty SIM;
  - 4.2.5. wielokrotnego nieuzasadnionego wykorzystania przycisku SOS w opasce bezpieczeństwa (tzn. w przypadku, gdy nie wystąpiła sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia);
  - 4.2.6. trwałego uszkodzenia opaski bezpieczeństwa z winy Uczestnika, w tym uszkodzenia karty SIM lub dodatkowego osprzętu.
- 4.3. Umowa może zostać rozwiązana w każdej chwili za pisemnym porozumieniem stron.
- 4.4. Uczestnik ma prawo do rozwiązania umowy w każdym momencie. Rozwiązanie umowy przez Uczestnika wymaga złożenia do Realizatora Programu pisemnego oświadczenia w tym zakresie i następuje z dniem jego doręczenia do Realizatora Programu.
- 4.5. W przypadku wygaśnięcia Umowy lub z powodu innych przyczyn jej rozwiązania Uczestnik zobowiązuje się zwrócić powierzoną mu opaskę bezpieczeństwa wraz z pełnym wyposażeniem w terminie do 14 dni. W przypadku braku możliwości osobistego zwrotu opaski bezpieczeństwa przez Uczestnika, do zwrotu w w/w terminie zobowiązany jest Opiekun Faktyczny. Zwrot opaski bezpieczeństwa następuje do siedziby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim.
- 4.6. Dokonanie zwrotu opaski bezpieczeństwa zostanie stwierdzone w Protokole zdawczo-odbiorczym.
- 4.7. W przypadku braku zwrotu opaski bezpieczeństwa Uczestnik zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Realizatora Programu równowartości ceny jej zakupu. Brak dokonania terminowej płatności uprawnia Realizatora Programu do naliczania odsetek za opóźnienie w wysokości ustawowej.

#### **§5. Postanowienia końcowe**

- 5.1. Postanowienia niniejszej umowy podlegają prawu polskiemu.
- 5.2. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają zapisy Regulaminu. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z treścią Regulaminu, rozumie je i akceptuje.
- 5.3. Wszelkie spory między Realizatorem Programu a Uczestnikiem związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Realizatora Programu.
- 5.4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie, znajdują zastosowanie postanowienia Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie.
- 5.5. Uczestnik oraz Opiekun oświadczają, że zapoznali się z zawartą w Regulaminie rekrutacji i udziału w Programie klauzulą informacyjną dotyczącą zakresu i celu przetwarzania podanych przez nich danych osobowych w Programie, rozumieją ją, wyrażają zgodę na jej postanowienia i nie wnoszą w tym zakresie uwag.
- 5.6. Umowę sporządzono w języku polskim, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.
- 5.7. Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania.

Realizator Programu

Uczestnik

.....

.....

## PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

Podpisany dnia ..... w Nowym Mieście Lubawskim pomiędzy:

Gmina Miejska Nowe Miasto Lubawskie - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie, reprezentowany przez Pana Dariusza Andrzejewskiego – Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim, zwanym dalej Przekazującym

a

Panią/Panem ..... zamieszkałym ..... PESEL:  
....., zwaną/y dalej Odbierającym.

1. Gmina Miejska Nowe Miasto Lubawskie - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Mieście Lubawskim przekazuje Odbierającemu urządzenie wymienione w pkt 3 niniejszego Protokołu.

2. Odbierający otrzymuje urządzenie sprawne technicznie oraz zgodne z obowiązującymi przepisami bezpieczeństwa, co potwierdza własnym podpisem.

3. Odbierający potwierdza niniejszym otrzymanie:

1) „opaski bezpieczeństwa” wraz z kartą SIM

o numerze .....

2) ładowarki,

3) instrukcji obsługi,

4) opakowania.

4. Odbierający potwierdza, że został przeszkolony z korzystania z „opaski bezpieczeństwa”, w tym korzystania z dodatkowego osprzętu i rozumie zasady jego działania.

5. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....

Przekazujący

.....

Odbierający