

Zarządzenie Nr 13/2025

**Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu
z dnia 10.02.2025 r.**

w sprawie: Regulaminu świadczenia usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu zarządza:

§1. Ustalam Regulamin świadczenia usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

REGULAMIN ŚWIADCZENIA USŁUG „OPIEKI NA ODLEGŁOŚĆ” W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin świadczenia usług „opieki na odległość” zwany dalej „Regulaminem”, określa zasady i warunki przyznawania przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu usług teleopieki na rzecz osób przystępujących do programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.
2. Celem głównym Programu jest poprawa jakości życia osób w wieku 60 lat i więcej poprzez realizację usług wykorzystujących nowoczesne technologie.
3. Usługa świadczona będzie w miejscu zamieszkania osób objętych Programem.
4. Świadczenie usług „opieki na odległość” odbywa się nieodpłatnie na podstawie umowy zawartej z uczestnikiem programu na okres od zawarcia umowy do 31 grudnia 2025r.

§ 2

Definicje

Pojęcia użyte w Regulaminie oznaczają:

- 1) **Program** - oznacza program „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025,
- 2) **Uczestnik** - osoba, która została zakwalifikowana do Programu zgodnie z zasadami określonymi w ramach niniejszego Regulaminu.

§ 3

Pomoc świadczona w zakresie Programu

1. W ramach Programu świadczone będą usługi „opieki na odległość”, czyli całodobowy, domowy system wsparcia Uczestników przez konsultantów, którzy będą pracować w centrum teleopieki w pełnej gotowości do odebrania sygnału alarmowego od Uczestnika.
2. Uczestnicy otrzymają nieodpłatnie monitorującą stan zdrowia opaskę na nadgarstek z przyciskiem SOS z możliwością połączenia głosowego z centrum teleopieki wraz z instrukcją obsługi i kartą SIM.
3. Po otrzymaniu sygnału, konsultanci organizują pomoc adekwatną do zaistniałej sytuacji, dotyczącej danego Uczestnika.
4. Opaska monitorująca stan zdrowia Uczestnika wyposażona jest w przycisk SOS z możliwością połączenia z centrum teleopieki oraz dodatkowe funkcje, w tym detektor upadku oraz lokalizator GPS.
5. Opaska monitorująca stan zdrowia jest własnością Gminy Libiąż - Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu i będzie użyczona Uczestnikowi na podstawie umowy o świadczenie usług „opieki na odległość”, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.
6. Warunkiem objęcia Uczestnika Programu całodobową „opieką na odległość” przez centrum teleopieki jest dostępność sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania Uczestnika, noszenie przez Uczestnika opaski monitorującej stan zdrowia na nadgarstku i zapewnienie w sposób nieprzerwany właściwego poziomu naładowania baterii.
7. Opaska monitorująca stan zdrowia służy do natychmiastowego poinformowania konsultanta za pomocą przycisku SOS w celu wezwania pomocy, w przypadku zagrożenia życia,

zdrowia lub bezpieczeństwa Uczestnika. Urządzenie łączy się z pracownikami centrum teleopieki, do których zadań należy udzielanie Uczestnikowi należytej pomocy – adekwatnej do zaistniałej sytuacji, w tym do informowania osób wskazanych do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy Uczestnikowi oraz wezwania pogotowia ratunkowego lub innych służb ratunkowych – w przypadku zajścia takiej konieczności.

8. W ramach Programu Uczestnik będzie miał zapewnione:

- 1) podłączenie opaski monitorującej zdrowie do systemu teleopieki oraz całodobową możliwości łączności z centrum teleopieki z zastrzeżeniem spełnienia warunków, o których mowa w ust. 6 niniejszego paragrafu.
- 2) przeszkolenie grupowe lub indywidualne w zakresie obsługi opaski monitorującej stan zdrowia oraz prezentację działania systemu teleopieki,
- 3) całodobowy monitoring i rejestrację sygnałów alarmowych,
- 4) możliwość kontaktu z pracownikami centrum teleopieki w sytuacji zajścia takiej konieczności, a w szczególności w sytuacjach zagrożenia zdrowia, życia lub złego samopoczucia Uczestnika.

§ 4

Warunki naboru i uczestnictwa w Programie

1. Projekt skierowany jest do osób wymagających wsparcia, których stan zdrowia może powodować zagrożenie życia, zdrowia lub bezpieczeństwa.
2. Uczestnikiem Programu może zostać tylko osoba spełniająca następujące kryteria podstawowe:
 - 1) posiada miejsce zamieszkania na terenie Gminy Libiąż,
 - 2) ukończyła 60 rok życia,
 - 3) jest osobą mającą problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia:
 - prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe lub
 - mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić jej wystarczającego wsparcia.
3. Osobami preferowanymi (kryteria dodatkowe) do objęcia wsparciem są:
Osoby, w stosunku do których orzeczono stopień niepełnosprawności (umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności) lub równoważne ZUS, na dowód czego osoba przedkłada orzeczenie o posiadanym stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium – 1 pkt.
4. Warunkiem uczestnictwa w Programie jest zdolność do obsługi alarmowego przycisku znajdującego się na urządzeniu oraz kontaktu głosowego z operatorem Centrum Teleopieki.
5. Warunkiem uczestnictwa w procesie naboru jest zgłoszenie chęci uczestnictwa w Programie w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu, ul. 9 Maja 2 oraz złożenie wniosku stanowiącego zał. nr 1 o przystąpienie do Programu osobiście lub przez opiekuna prawnego lub pełnomocnika.
6. Rekrutacja do udziału w Programie będzie odbywać się od dnia 10.02.2025 r. do wyczerpania opasek.
7. Złożenie dokumentów zgłoszeniowych nie jest równoznaczne z przyjęciem do udziału w Programie.
8. Do udziału w Programie zakwalifikowane zostaną osoby z największą liczbą punktów.
10. Weryfikacja wniosku zgłoszeniowego obejmuje ocenę spełnienia kryteriów podstawowych warunkujących udział w Programie, o których mowa w §4 ust. 2. Spełnienie ich jest obligatoryjne.
11. W przypadku nie spełnienia łącznie wszystkich kryteriów warunkujących udział w Programie, wniosek zostanie odrzucony i nie będzie podlegał dalszej ocenie.

12. Wnioski, które spełniają wszystkie kryteria warunkujące udział w Programie, zostaną zweryfikowane pod względem kryteriów dodatkowych, o których mowa w §4 ust. 4.
13. Spełnienie kryteriów dodatkowych nie jest obligatoryjne ale w przypadku ich spełnienia Kandydat otrzymuje za nie dodatkowe punkty.
14. Na podstawie przedłożonych zgłoszeń zostanie sporządzona lista podstawowa i rezerwowa Uczestników Programu. Osoby z największą liczbą punktów z listy rezerwowej będą kwalifikowane kolejno do udziału w Programie w przypadku rezygnacji z udziału lub zgonu osób z listy podstawowej.
15. W przypadku, gdy więcej uprawnionych do wsparcia Kandydatów uzyska jednakową liczbę punktów, o zakwalifikowaniu decydować będzie kolejność złożenia kompletu dokumentów zgłoszeniowych.
16. W przypadku nie wyłonienia grupy docelowej, braku Uczestników na liście rezerwowej lub rezygnacji bądź innych okoliczności uniemożliwiających udział w Programie, Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu będzie przeprowadzać nabory uzupełniające według zasad określonych w Regulaminie.
17. Informacja na temat zakwalifikowania do Programu z informacją na temat miejsca i terminu podpisania umowy, przeprowadzenia szkolenia oraz wydania opaski monitorującej stan zdrowia zostanie przekazana Uczestnikowi telefonicznie lub e-mailowo.
18. Osoby zakwalifikowane do Programu są zobowiązane do podpisania Klauzuli Informacyjnej dla Osób zgłaszających udział w Programie.
19. Dokumenty dotyczące realizacji Programu będą przetwarzane i archiwizowane w postaci papierowej w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.
20. Dane osobowe Uczestnika nie będą przetwarzane do innych celów niż te, które wynikają z realizacji Programu.
21. Z osobami, które zostały zakwalifikowane do Programu zostanie podpisana umowa o świadczenie usług „opieki na odległość”, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

§ 5

Warunki rozpoczęcia wsparcia

Warunkiem rozpoczęcia wsparcia jest:

- 1) Zawarcie przez Uczestnika umowy o świadczenie usług „opieki na odległość”, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu oraz dostarczenie dokumentów niezbędnych do objęcia Uczestnika usługą „opieki na odległość” w postaci Karty Informacyjnej Podopiecznego oraz oświadczenia osoby wskazanej przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki o obowiązku zwrotu Urządzenia w przypadku śmierci Uczestnika lub w przypadku braku możliwości osobistego zwrotu opaski przez Uczestnika, których wzór stanowi odpowiednio załącznik nr 2, 3 do Umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.
- 2) Odbycie przeszkolenia w zakresie obsługi opaski monitorującej stan zdrowia oraz działania systemu teleopieki.
- 3) Zapoznanie się Uczestnika z instrukcją obsługi przekazanego urządzenia i stosowanie się do tejże instrukcji.

§ 6

Obowiązki Uczestnika Projektu

1. Obowiązkiem uczestnika jest zawarcie umowy o świadczenie usług „opieki na odległość”, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

2. Uczestnik Programu jest zobowiązany do podania informacji niezbędnych do wypełnienia Karty Informacyjnej Podopiecznego.
3. Uczestnik odpowiada za przekazaną mu do używania opaskę monitorującą stan zdrowia. W przypadku jej utraty lub uszkodzenia Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu, nie później niż w terminie 3 dni od momentu utraty lub uszkodzenia.
4. Uczestnik ponosi odpowiedzialność za uszkodzenia wynikłe z korzystania z urządzenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub właściwościami, lub w inny sposób sprzeczny z umową o świadczenie usług „opieki na odległość”, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu i zobowiązany jest do pokrycia wszelkich kosztów związanych z naprawą urządzenia.
5. W przypadku utraty lub uszkodzenia w sposób trwały urządzenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia, chyba że do utraty lub ww. uszkodzenia doszło z przyczyn, za które Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności.
6. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za używaną opaskę monitorującą stan zdrowia, jeżeli do jej uszkodzenia doszło w następstwie działania siły wyższej (przez którą rozumie się zdarzenia zewnętrzne niemożliwe do zapobieżenia i przewidzenia), lub w przypadku awarii opaski spowodowanej wadą ukrytą urządzenia.
7. Uczestnik może zrezygnować z Programu, przy czym rezygnacja powinna być zgłoszona pisemnie i złożona w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu ul. 9 Maja 2.
8. Realizator Programu może zerwać umowę z Uczestnikiem Programu, który nie stosuje się do zasad określonych w umowie i niniejszym regulaminie.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu nie ponosi odpowiedzialności za szkody materialne i niematerialne związane ze świadczeniem usług „opieki na odległość” na rzecz Uczestników Programu.
2. Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Libiążu przysługuje prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie.

Załączniki:

- 1/ Załącznik Nr 1 - Wniosek zgłoszenia do udziału w programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025
- 2/ Załącznik Nr 2 -Umowa o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

WNIOSEK

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025

DANE OSOBOWE KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE			
Imię i nazwisko		PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI			
<i>(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)</i>			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	

DANE OSOBY DO KONTAKTU					
Imię i nazwisko		Numer telefonu		Powiązanie np. mąż, córka, sąsiad	

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej			
Imię i nazwisko		Numer telefonu	

KRYTERIA PODSTAWOWE (OBOWIĄZKOWE)- przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak X	
☐	mam lat 60 i więcej
☐	zamieszkuję na terenie gminy Libiąż
☐	prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mam problem z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia
☐	zamieszkuję z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia i mam problem z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia

KRYTERIA DODATKOWE – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X i załączyć dokumenty potwierdzające tzn. orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium

- ☐ Jestem osobą, w stosunku do której orzeciono stopień niepełnosprawności (umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności) lub równoważne ZUS- (1 pkt)

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem rekrutacji i uczestnictwa w Programie.
3. Wyrażam zgodę na udział w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.
4. Oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez mnie z usług teleopiekuńczych.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Kandydata

.....
podpis osoby przyjmującej formularz

Klauzula informacyjna dla osób zgłaszających udział w PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Danych Osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu, ul. 9 Maja 2, 32-590 Libiąż, tel. 32 627 78 25, e-mail: ops@libiaz.pl.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: nedzaodo@interia.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Pani/Pana dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym będą przetwarzane w celu udziału Uczestnika w PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025.
- 4) Podstawa przetwarzania Państwa danych osobowych jest art.6 ust.1 lit. a) oraz art. 9 ust.2 lit. a) RODO w celu zgłoszenia udziału w programie na świadczenie usługi „opieki na odległość”.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami lub do czasu wycofania zgody.
- 6) Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak zgody w zakresie podania danych osobowych uniemożliwi jednak uczestnictwo w programie.
- 10) Pani/Pana dane zostaną przekazane podmiotowi zewnętrznemu świadczącemu usługi „opieki na odległość”, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także mogą zostać przekazane innym podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Umowa Nr

o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

zawarta w dniu 2025 roku

pomiędzy :

Gminą Libiąż - Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Libiążu ul. 9 Maja 2, 32-590 Libiąż

reprezentowanym przez Panią Sylwię Paleczny – Dyrektora OPS w Libiążu zwanym dalej „Ośrodkiem”

a Panią/Panem:

Zamieszkałą/ym nr PESEL:.....

zwaną/ym dalej „Uczestnikiem”

W związku z zakwalifikowaniem Uczestnika do udziału w programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 zwanego dalej Programem,

Strony postanawiają zawrzeć niniejszą Umowę o następującej treści

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest bezpłatne świadczenie usług „opieki na odległość” na rzecz Uczestnika wraz z przekazaniem do wyłącznego bezpłatnego używania monitorującej stan zdrowia opaski na nadgarstek wraz z instrukcją obsługi, ładowarką oraz kartą SIM, zwaną dalej „Urządzeniem”.

2. Wartość Urządzenia wynosi 756,00 zł. brutto.

3. Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność Ośrodka, a Uczestnik nie ma prawa swobodnie nim dysponować.

§ 2

Uczestnik oświadcza, że:

- 1) Nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przez niego z usług teleopieki,
- 2) Wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Programu, a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne,
- 3) Zapoznał się z postanowieniami Regulaminu świadczenia usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025 oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie te postanowienia oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

§ 3

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres od dnia..... do dnia 31.12.2025 r..

2. Przekazanie Urządzenia potwierdzone będzie Protokołem zdawczo-odbiorczym, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.

§ 4

1. W celu prawidłowej realizacji usług teleopieki Uczestnik zobowiązuje się do:

- a) wypełnienia Karty Informacyjnej Podopiecznego dotyczącej, w szczególności stanu zdrowia Uczestnika.
- b) korzystania z Urządzenia w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i właściwościami oraz postanowieniami niniejszej Umowy, w tym zgodnie z instrukcją obsługi Urządzenia, jak również dbania o stan fizyczny powierzonych Urządzenia z zachowaniem należytej staranności oraz utrzymania Urządzenia w należytym stanie technicznym,
- c) nieusuwania lub niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Urządzeniu. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z Urządzenia skutkować będzie po-

zbawieniem go możliwości kontaktu z centrum teleopieki, a w konsekwencji brakiem możliwości udzielenia mu pomocy,

d) niewykorzystywania Urządzenia do wykonywania połączeń z centrum teleopieki w sytuacjach nie wymagających udzielenia Uczestnikowi pomocy, a w szczególności nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia, życia lub bezpieczeństwa Uczestnika.

2. W przypadku utraty lub uszkodzenia Urządzenia Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu, ul. 9 Maja 2 32-590 Libiąż tel. 32 627 78 25. Za uszkodzenia powstałe z powodu korzystania przez Uczestnika z Urządzenia w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem lub właściwościami, lub w inny sposób sprzeczny z niniejszą umową, a w szczególności w sposób niegodny z instrukcją obsługi Uczestnik ponosi pełną odpowiedzialność, w tym zobowiązany jest do pokrycia wszelkich kosztów związanych z naprawą Urządzenia.

3. W przypadku utraty lub uszkodzenia w sposób trwały Urządzenia Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia, chyba że do utraty lub ww. uszkodzenia doszło z przyczyn, za które Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności.

4. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za używaną opaskę monitorującą stan zdrowia, jeżeli do jej uszkodzenia doszło w następstwie działania siły wyższej (przez którą rozumie się zdarzenia zewnętrzne niemożliwe do zapobieżenia i przewidzenia, takie jak np. wojna, klęska żywiołowa, strajk, zamieszki uliczne) lub w przypadku awarii spowodowanej wadą ukrytą Urządzenia.

5. Uczestnik zobowiązuje się nie oddawać, nie pożyczać, czy też nie udostępniać w jakikolwiek inny sposób Urządzenia innym osobom, jak również nie wywozić Urządzenia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

6. Uczestnik Programu przyjmuje do wiadomości, że świadczenie usług teleopieki może się odbywać wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 5

1. Korzystanie z usług teleopieki jest dobrowolne.

2. Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności za szkody materialne i niematerialne związane ze świadczeniem usług „opieki na odległość” na rzecz Uczestników Programu, w szczególności:

1) wyłączona jest jakakolwiek odpowiedzialność Ośrodka z tytułu korzystania przez Uczestnika z Urządzenia w sposób sprzeczny z niniejszą Umową oraz w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem i właściwościami.

2) Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu nie ponosi odpowiedzialności, w szczególności:

a) z tytułu doznanego uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieprawidłowym i niezgodnym z niniejszą Umową użytkowaniem Urządzenia, w szczególności z instrukcją obsługi Urządzenia,

b) w przypadku odłączenia Urządzenia z przyczyn leżących po stronie Uczestnika lub samodzielnego wyłączenia przez Uczestnika Urządzenia, lub rozładowania Urządzenia w czasie świadczenia usługi,

c) w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez Uczestnika,

d) korzystania z Urządzenia przez inną osobę niż Uczestnik.

4. Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

§ 6

1. Umowa może zostać wypowiedziana przez każdą ze stron w każdym czasie z zachowaniem 7- dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy powinno być złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:

- a) upływu okresu jej obowiązywania,
- b) przerwania uczestnictwa w projekcie w związku ze zmianą miejsca zamieszkania przez Uczestnika poza Gminę Libiąż,
- c) śmierci Uczestnika,
- d) rozwiązania lub wypowiedzenia umowy między gminą Libiąż a firmą świadczącą usługę teleopieki wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach programu "Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2025.

3. Umowa może zostać rozwiązana przez Ośrodek w trybie natychmiastowym, w następujących okolicznościach:

a) naruszenia przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy, a w szczególności niewywiązania się przez Uczestnika z obowiązków, o których mowa w § 4 ust. 1 niniejszej Umowy lub naruszenia przez Uczestnika postanowień Regulaminu, o którym mowa w § 2 ust. 3 niniejszej Umowy,

b) trwałego uszkodzenia Urządzenia z przyczyn, za które Uczestnik ponosi odpowiedzialność.

4. Po rozwiązaniu Umowy, Uczestnik zobowiązany jest zwrócić Ośrodkowi Urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie 14 dni od chwili rozwiązania Umowy, z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu.

5. W przypadku śmierci Uczestnika lub braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika, w szczególności z powodów zdrowotnych Uczestnika zwrotu Urządzenia w sposób i w terminie określonym w ust. 4 niniejszego paragrafu dokonuje osoba wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego, która w tym zakresie składa stosowane oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Umowy wraz z klauzulą informacyjną.

6. W przypadku rozwiązania niniejszej Umowy z innych przyczyn aniżeli z powodu śmierci Uczestnika i braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika, w szczególności z powodów zdrowotnych Uczestnik zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie osoby, która została wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.

§ 7

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.

3. Załączniki nr 1,2 i 3 do niniejszej Umowy stanowią jej integralną część.

4. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki:

1/ Załącznik Nr 1 - Protokół zdawczo-odbiorczy

2/ Załącznik Nr 2 – Karta Informacyjna Podopiecznego

3/ Załącznik nr 3- Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu

.....
Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy
/Pełnomocnik

.....
Ośrodek Pomocy Społecznej
w Libiążu

Załącznik nr 1 do umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

Podpisany w dniu w Libiążu pomiędzy: Gminą Libiąż - Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w Libiążu ul. 9 Maja 2, reprezentowaną przez Panią Sylwię Pałeczny – Dyrektora OPS, zwanym dalej „Ośrodkiem” a Panią/Panem

zamieszkałym..... PESEL:

..... zwaną/ym dalej „Uczestnikiem”

1. Ośrodek przekazuje Uczestnikowi urządzenie wymienione w ust. 3 niniejszego Protokołu.
2. Uczestnik otrzymuje urządzenie sprawne technicznie oraz zgodne z obowiązującymi przepisami bezpieczeństwa, co Uczestnik niniejszym potwierdza własnym podpisem.
3. Uczestnik potwierdza niniejszym otrzymanie:
 - 1) opaski monitorującej stan zdrowia wraz z kartą SIM
 - ♦ o numerze inwentarzowym
 - ♦ o numerze IMEI
 - 2) ładowarki,
 - 3) instrukcji obsługi,
 - 4) opakowania.
4. Uczestnik potwierdza, że został przeszkolony z korzystania z opaski monitorującej stan zdrowia, w tym korzystania z dodatkowego osprzętu i rozumie zasady jego działania.
5. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....

Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy/
Pełnomocnik

.....

Pracownik OPS Libiąż przekazujący opaskę

Załącznik nr 2 do umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

Karta Informacyjna Podopiecznego

1. Dane osobowe:

1/ Imię: 2/ Nazwisko:

3/ PESEL: 4/ Data urodzenia:

5/ Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

6/ Wzrost: 7/ Waga:

8/ Numer telefonu:

9/ Adres zamieszkania:

a/ kod pocztowy: b/ miejscowość:

c/ ulica:

d/ nr budynku: e/ nr lokalu:

f/ nr klatki: g/ piętro:

2. Nr IMEI opaski:

3. Dane osób do kontaktu:

1/ Osoba nr 1:

a/ imię i nazwisko

b/ Numer telefonu:

c/ Adres zamieszkania:

- kod pocztowy: - miejscowość:

- ulica:

- nr budynku: - nr lokalu:

d/ powiązanie:

e/ posiada klucz: ☐ tak ☐ nie

2/ Osoba nr 2:

a/ imię i nazwisko

b/ Numer telefonu:

c/ Adres zamieszkania:

- kod pocztowy: - miejscowość:

- ulica:

- nr budynku: - nr lokalu:

d/ powiązanie: e/ posiada klucz: ☐ tak ☐ nie

3/ Osoba nr 3:

5. Dodatkowe informacje pomocne służbom ratunkowym:

6. 1 Wpisz przyjmowane leki na receptę wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia:

I.p.	Nazwa leku	Dotyczy dolegliwości	Dodatkowe informacje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

6.2 Wskaż miejsce przechowywania leków:

.....

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Libiążu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, iż podane w powyższym formularzu dane stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

Oświadczam, że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Podopiecznego, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymać informację o stanie mojego zdrowia.

.....
data i czytelny podpis Uczestnika/
Opiekuna prawnego/pełnomocnika

Załącznik nr 3 do umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

.....
adres e-mail

OŚWIADCZENIE

Osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że
(imię i nazwisko)

w przypadku zgonu Uczestnika Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej stan zdrowia przez Uczestnika zobowiązuję się zwrócić Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Libiążu ww. urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie 14 dni od chwili śmierci Uczestnika lub od chwili rozwiązania niniejszej umowy z innych przyczyn.

.....
podpis

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 11) Administratorem Danych Osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Libiążu, ul. 9 Maja 2, 32-590 Libiąż, tel. 32 627 78 25, e-mail: ops@libiaz.pl.
- 12) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: nedzaodo@interia.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 13) Pani/Pana dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym będą przetwarzane w celu udziału Uczestnika w PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025
- 14) Podstawa przetwarzania Państwa danych osobowych jest art.6 ust.1 lit. a) oraz art. 9 ust.2 lit. a) RODO w celu zgłoszenia udziału w programie na świadczenie usługi „opieki na odległość”.
- 15) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami lub do czasu wycofania zgody.
- 16) Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 17) Pani/Pana dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 18) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - f) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - g) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - h) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - i) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - j) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- 19) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak zgody w zakresie podania danych osobowych uniemożliwi jednak uczestnictwo w programie.
- 20) Pani/Pana dane zostaną przekazane podmiotowi zewnętrznemu świadczącemu usługi „opieki na odległość”, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także mogą zostać przekazane innym podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

....., dnia
(miejscowość)

.....
(data)
(podpis Klienta)

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY- ZWROT

Podpisany w dniu w Libiążu pomiędzy: Gminą Libiąż - Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w Libiążu ul. 9 Maja 2, reprezentowaną przez Panią Sylwię Paleczny– Dyrektora OPS, zwanym dalej „Ośrodkiem” a Panią/Panem

.....
zamieszkałym..... PESEL:
..... zwaną/ym dalej „Uczestnikiem a reprezentowaną/-nym przez (jeśli dotyczy)

.....
działającym jako opiekun Uczestnika na podstawie pisemnego oświadczenia.

1. Uczestnik zwraca otrzymany sprzęt, to jest:

a) opaskę bezpieczeństwa wraz z kartą SIM o numerze:

- inwentarzowym

- o numerze IMEI

b) ładowarkę,

c) instrukcję użytkowania opaski bezpieczeństwa,

d) opakowanie,

2. Ośrodek potwierdza, że wymieniony w ust. 1 sprzęt został zwrócony w stanie: kompletnym /

niekompletnym, oraz że zwrócony sprzęt jest: sprawny technicznie, w stanie bardzo dobrym / dobrym /

zawiera następujące usterki1(jakie?)

.....
.....

3. Protokół sporządzono w 2 egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....
Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy/
Pełnomocnik

.....
Pracownik OPS Libiąż
przekazujący opaskę

Niepotrzebne skreślić