



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „TELEOPIEKA – BEZPIECZNY SENIOR”  
REALIZOWANEGO W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”  
NA ROK 2022 – moduł II**

|   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| 1 | NAZWISKO I IMIĘ SENIORA    |  |
| 2 | ADRES ZAMIESZKANIA SENIORA |  |
| 3 | DATA URODZENIA SENIORA     |  |
| 4 | NR PESEL SENIORA           |  |
| 5 | DANE KONTAKTOWE            |  |

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO SENIORA – jeśli dotyczy**

|   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| 1 | NAZWISKO I IMIĘ |  |
| 2 | DANE KONTAKTOWE |  |

Ja niżej podpisana / podpisany dobrowolnie deklaruję chęć skorzystania z opieki bezpieczeństwa wraz z usługą teleopieki, jako opieki na odległość w ramach projektu „Teleopieka – bezpieczny Senior”.

**I. OŚWIADCZAM, ŻE:**

- prawidłowe stwierdzenie faktu zaznaczyć znakiem „X” w ostatniej kolumnie

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1 | MIESZKAM NA TERENIE GMINY MIĘDZYCHÓD, POD ADRESEM WSKAZANYM W NINIEJSZYM WNIOSKU  |  |
| 2 | UKOŃCZYŁAM / UKOŃCZYŁEM 65 ROK ŻYCIA  |  |
| 3 | JESTEM OSOBĄ ZAMIESZKUJĄCĄ SAMOTNIE   |  |
| 4 | JESTEM OSOBĄ ZAMIESZKUJĄCĄ Z INNYMI OSOBAMI, KTÓRE NIE SĄ W STANIE ZAPEWNIĆ MI WYSTARCZAJĄCEGO WSPARCIA   |  |
| 5 | JESTEM OSOBĄ, KTÓRA MA PROBLEM Z SAMODZIELNYM FUNKCJONOWANIEM ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA - <b>co oznacza w szczególności osobę:</b> chorującą, po przebytych zabiegach medycznych, z niepełnosprawnościami, która czasowo lub na stałe wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a u której nieprzewidywalność zmiany stanu zdrowia uzasadnia jego stałe monitorowanie, w celu jak najszybszej reakcji, powiadomienia właściwych służb i udzielenia możliwie najszybciej pomocy, w tym pomocy medycznej, w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. |  |



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

**II. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Powyższe dane są prawdziwe oraz aktualne i jestem świadoma / świadomy odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń.
2. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.

**III. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Zapoznałam / zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Teleopieka - Bezpieczny Senior” w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 - moduł II, finansowanym ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.
2. Rozumiem i akceptuję zapisy ww. regulaminu oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....  
Data, czytelny podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego

**Pouczenie:** składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego.

### KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. **Administratorem danych osobowych jest:** Ośrodek Pomocy Społecznej w Międzychodzie z siedzibą przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód / tel. (95) 222 23-50 lub tel. kom. 722 025 008; e-mail: [ops@opsmiedzychod.pl](mailto:ops@opsmiedzychod.pl)
2. **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Międzychodzie**  
W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, którym jest pan Krzysztof Pukaczewski – drogą elektroniczną na adres e-mail: [pukaczewski@hotmail.com](mailto:pukaczewski@hotmail.com) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. **Celem przetwarzania danych osobowych jest** rozpatrzenie zgłoszenia do programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022, moduł II, a po spełnieniu kryteriów zawarcie umowy i udział w tym programie – zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie „TELEOPIEKA – bezpieczny Senior”.  
**Powyższe cele pozostają zgodne z przesłankami przetwarzania danych określonymi w RODO** w art. 6 ust. 1 lit. b, tj. przetwarzanie danych jest konieczne do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy, a po jej zawarciu przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonania umowy.
4. **Dane osobowe zakwalifikowanych kandydatów do projektu będą przechowywane przez okres** przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, tj. przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek.



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

**Dane osobowe kandydatów, których zgłoszenia zostały odrzucone będą przechowywane** przez okres 7 dni od dnia zakończenia naboru do projektu, a po tym czasie dane zostaną zanonimizowane, bądź usunięte poprzez zniszczenie.

**Dane osobowe osób zakwalifikowanych do projektu, a umieszczonych na liście osób rezerwowych** z powodu wyczerpania limitu wolnych miejsc będą przetwarzane nie dłużej niż do dnia 16.12.2022 roku, a po tym czasie dane zostaną zanonimizowane, bądź usunięte poprzez zniszczenie.

5. Dane osób zakwalifikowanych do projektu i / lub dane ich opiekunów prawnych będą udostępnione na podstawie umowy podmiotowi realizującemu projekt „TELEOPIEKA – bezpieczny Senior” w ramach Programu „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2022 – moduł II. Dane tych osób mogą być udostępnione podmiotom legitymującym się interesem prawnym, w szczególności Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodzie Wielkopolskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych oraz nadzoru.
6. **Ma Pani/Pan, na zasadach art. 15 – 21 RODO, prawo do:** dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych.
7. **Ponadto ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi** do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).
8. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, lecz zarazem konieczne aby mogła Pani/mógł Pan wziąć udział w Programie.
9. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych, jak również nie będą przekazywane do państw trzecich.

.....  
Data, czytelny podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego



**DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA SENIORA  
ZAKWALIFIKOWANEGO DO PROJEKTU „TELEOPIEKA – BEZPIECZNY SENIOR”  
REALIZOWANEGO W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2022**

**Seniorze, wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza jest dobrowolne co oznacza, że nie jest obowiązkowe.**

Jeżeli jednak uważa Pani / Pan, że dane o Pańskim stanie zdrowia mogą przyczynić się do podniesienia poziomu jakości świadczonych usług na Pani / Pana rzecz przez Telecentrum – proszę o wypełnienie formularza i zabranie go ze sobą na spotkanie z przedstawicielem Telecentrum podczas szkolenia z obsługi opaski bezpieczeństwa; gdzie w sposób bezpieczny będzie można udostępnić swoje dane zawarte w niniejszym formularzu.

**FORMULARZ STANOWI JEDYNIĘ WZÓR,  
W CELU UŁATWIENIA PAŃSTWU PRZEKAZANIA INFORMACJI DO TELECENTRUM**

|   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| 1 | NAZWISKO I IMIĘ SENIORA    |  |
| 2 | ADRES ZAMIESZKANIA SENIORA |  |
| 3 | NR PESEL                   |  |

**WZROST SENIORA .....**

**MASA CIAŁA SENIORA .....**

**STANDARDOWE CIŚNIENIE SKURCZOWE SENIORA .....**

**STANDARDOWE CIŚNIENIE ROZKURCZOWE SENIORA .....**

**CHOROBY SENIORA** – poniżej proszę wpisać np. zdiagnozowane przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacja o wszczepionych urządzeniach medycznych, itp.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

**AKTUALNIE PRZYJOWANE LEKI PRZEZ SENIORA** – poniżej proszę wpisać, jakie leki przyjmuje Senior

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Seniora lub przedstawiciela ustawowego

**Pouczenie**

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



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

ZAŁĄCZNIK NR 3 do Regulaminu

**Seniorze, wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza jest dobrowolne co oznacza, że nie jest obowiązkowe** – jednakże może przyczynić się do podniesienia poziomu jakości świadczonych usług na Pani / Pana rzecz przez Telecentrum.

Jeśli zdecyduje się Pani / Pan na wypełnienie formularza proszę o zabranie go ze sobą na spotkanie z przedstawicielem Telecentrum podczas szkolenia z obsługi opaski bezpieczeństwa; gdzie w sposób bezpieczny będzie można udostępnić swoje dane zawarte w niniejszym formularzu.

**FORMULARZ STANOWI JEDYNIĘ WZÓR,  
W CELU UŁATWIENIA PAŃSTWU PRZEKAZANIA INFORMACJI DO TELECENTRUM**

**I. OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZAKRESIE NUMERU TELEFONU**

W związku z przystąpieniem do projektu „TELEOPIEKA – bezpieczny Senior” realizowanego w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2022 – moduł II oświadczam, że wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem Teleopaski zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa. Kontakt ze mną może nastąpić pod numerem telefonu i / lub e-mail:

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Seniora lub Opiekuna faktycznego\*



## II. OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA SENIORA JEGO OPIEKUNOWI

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 we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie – za pośrednictwem Teleopaski – nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania i przekazywania Opiekunowi wszelkich danych o moim stanie zdrowia:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| imię i nazwisko Opiekuna      |  |
| adres Opiekuna                |  |
| nr telefonu Opiekuna          |  |
| e-mail Opiekuna (opcjonalnie) |  |

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Seniora lub Opiekuna faktycznego\*



## UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „TELEOPIEKA – BEZPIECZNY SENIOR” W RAMACH PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORA” NA ROK 2022 – MODUŁ II

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

**Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Międzychodzie** z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód, NIP 5950008071, REGON 00 313 09 67, reprezentowanym przez Panią Anetę Monikę Gierszewską – Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie - zwanym dalej **Ośrodkiem**,

a:

**PANIĄ / PANEM**

**NR PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**zamieszkałą / zamieszkałym pod adresem**

**dane kontaktowe (w celu prawidłowej realizacji umowy, w tym projektu „TELEOPIEKA – bezpieczny Senior”)**

Zwanym dalej „**SENIOREM**”, reprezentowaną / reprezentowanym przez:  
(podać imię, nazwisko oraz dane kontaktowe)

### §1. Przedmiot umowy

- 1.1.** Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie Seniorowi przez Ośrodek wsparcia w ramach udziału w projekcie „Teleopieka – bezpieczny Senior” w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniora” na rok 2022, moduł II - zwanym dalej projektem.
- 1.2.** Projekt w zakresie usługi Teleopieki jest realizowany na podstawie umowy zawartej pomiędzy Gminą Międzychód, reprezentowaną przez Dyrektora Ośrodka, a HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, jako dostawcą usługi, Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie oraz niniejszej umowy.
- 1.3.** Wsparcie zostanie udzielone Seniorowi w następujących formach:
  - 1.3.1. Udostępnienie Teleopaski:** Teleopaska to urządzenie elektroniczne, zakładane na nadgarstek wyposażone w kartę SIM, adapter i kabel zasilający, z możliwością





połączenia głosowego z Centrum Teleopieki, pozwalające na monitorowanie funkcji życiowych, wyposażone m.in. w przycisk SOS (alarmowy) i posiadające również funkcje pomiaru temperatury, ciśnienia, pulsu oraz lokalizacji jej użytkownika.

- 1.3.2. **Dostęp do systemu informatycznego Teleopieki:** Teleopaska umożliwia kontakt z ratownictwem medycznym w przypadku potrzebnej pomocy 24 godziny/dobę w sytuacji nagłego pogorszenia samopoczucia, czy zachorowania Seniora. Po naciśnięciu przycisku SOS Teleopaska 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 Seniorem poprzez Teleopaskę.
- 1.3.3. **Opieka Centrum Teleopieki:** Centrum Teleopieki działa 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, monitorując zdarzenia dotyczące Seniora, w tym aktywności SOS, alerty dotyczące monitorowanych parametrów - postępując zgodnie z przyjętymi procedurami alarmowymi.
- 1.3.4. **Wsparcie Centrum technicznego Teleopieki:** dostępne pod numerem telefonu 690815100 w godzinach 8-16 w dni robocze. Pod podanym numerem telefonu można zgłaszać problemy z użytkowaniem Opaski, nie wynikające z awarii czy usterek.
- 1.3.5. **Wsparcie pracowników Ośrodka – tj. Zespołu Koordynującego projekt,** w zakresie, o którym mowa w Regulaminie projektu.

## §2. Warunki korzystania ze wsparcia

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

## §3. Teleopaska

### 3.1. Senior zobowiązuje się do:

- 3.1.1. dbania o powierzoną Teleopaskę, w tym w szczególności do nie wystawiania Teleopaski 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 Teleopasce. 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 użytkownika Teleopaski przez czas, w jakim karta SIM nie znajduje się w Teleopasce.



- 3.1.3. do pozostawienia oryginalnego paska Teleopaski, chyba, że Ośrodek udzieli w danym uzasadnionym przypadku pisemnej zgody na wymianę paska. W każdym innym przypadku wymiana paska będzie oznaczała nieuprawnioną ingerencję w Teleopaskę.
  - 3.1.4. korzystania z Teleopaski w sposób zgodny z jej przeznaczeniem, rozsądny i racjonalny, w tym do stałego dbania o stan naładowania baterii, w przypadku rozładowania baterii w opasce, Ośrodek, Centrum Teleopieki ani inny podmiot nie ponoszą odpowiedzialności za brak możliwości udzielenia pomocy Seniorowi,
  - 3.1.5. niezwłocznego zgłaszania sytuacji braku sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania Seniora 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 użytkownika Teleopaski.
  - 3.1.6. niezwłocznego zgłaszania ewentualnych usterek/błędów Teleopaski lub jej osprzętu, ich uszkodzenia, zgubienia lub kradzieży itp., zgłoszeń należy dokonywać na numer Centrum Technicznego w terminach i godzinie wskazanych w Regulaminie.
  - 3.1.7. niewykorzystywania Teleopaski 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 Teleopaski wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Włączenie Teleopaski za granicą może skutkować naliczeniem opłaty z tytułu roamingu danych lub innymi kosztami zależnymi od zagranicznego operatora, koszty te ponosi wyłącznie Senior,
  - 3.1.9. nie przekazywania Teleopaski (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu żadnym osobom trzecim, jak również nie wywożenia Teleopaski (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu poza terytorium Polski, Senior akceptuje, że w przypadku stwierdzenia naruszenia przez Seniora tego obowiązku, Senior może zostać wykluczony z udziału w projekcie z jego wyłącznej winy i w takim przypadku Seniorowi nie przysługują żadne roszczenia wobec podmiotów realizujących Program.
  - 3.1.10. zwrotu Teleopaski wraz z pełnym jej wyposażeniem, w tym kartą SIM, do siedziby Ośrodka – do zespołu koordynującego projekt, chyba, że inne miejsce zostało uzgodnione z Ośrodkiem, po zakończeniu umowy, niezależnie od tego z jakiego powodu została zakończona.
- 3.2. Senior przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że pomiary dokonywane na Teleopasce mają charakter pomocniczy i poglądowy, i nie zastępują pomiarów wykonywanych przez specjalistyczne urządzenia pomiarowe, a celem wykonywania pomiarów na Teleopasce jest wyłącznie wykrycie wskazań do wykonania badania kontrolnego na innym urządzeniu medycznym w szczególności w placówce medycznej.**
- 3.3. Senior przyjmuje do wiadomości, że świadczenie na jego rzecz usług Teleopieki w ramach projektu, odbywa się wyłącznie na obszarze Gminy Międzychód, na terenie której zamieszkuje.**



- 3.4.** Senior akceptuje, iż z przyczyn technicznych mogą występować przerwy w świadczeniu usług Teleopieki.
- 3.5.** Ośrodek, ani żadne podmioty działające we współpracy z Ośrodkiem w celu realizacji usługi Teleopieki, a także podmioty biorące udział w realizacji projektu nie ponoszą odpowiedzialności za uszkodzenia lub uszczerbek na zdrowiu wynikające z użytkowania Teleopaski, a w szczególności wynikające z nieprawidłowego jej użytkowania.
- 3.6.** Ośrodek, ani żadne podmioty działające we współpracy z Ośrodkiem w celu realizacji usługi Teleopieki, a także podmioty biorące udział w realizacji projektu nie ponoszą odpowiedzialności oraz nie pokrywają kosztu z tytułu nieuzasadnionego wezwania służb medycznych, jeśli nastąpiło ono na wniosek Seniora.
- 3.7.** Senior 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: tj. Seniora i Ośrodek - do dnia 31.12.2022 roku.
- 4.2.** Umowa może zostać wypowiedziana przez Ośrodek w trybie natychmiastowym z ważnych powodów, w tym w szczególności w przypadku:
  - 4.2.1. wystąpienia przyczyn uniemożliwiających świadczenie usług teleopiekuńczych na rzecz Seniora, w szczególności z przyczyn technicznych;
  - 4.2.2. naruszenia przez Seniora postanowień niniejszej Umowy lub postanowień innych dokumentów obowiązujących w ramach projektu;
  - 4.2.3. zaprzestania realizacji projektu lub dokonania w nim zmian uniemożliwiających dalsze świadczenie usług Teleopieki;
  - 4.2.4. nieusprawiedliwionego zaprzestania korzystania ze wsparcia przez okres dłuższy niż tydzień, rozumianego jako pozostawienie nieaktywnej Teleopaski wskutek braku jej ładowania lub wskutek pozbawienia jej karty SIM;
  - 4.2.5. wielokrotnego nieuzasadnionego wykorzystania przycisku SOS w Teleopasce (tzn. w przypadku, gdy nie wystąpiła sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia);
  - 4.2.6. trwałego uszkodzenia Teleopaski z winy Seniora, w tym uszkodzenia karty SIM lub dodatkowego osprzętu.
- 4.3.** Umowa może zostać rozwiązana w każdej chwili za pisemnym porozumieniem stron.
- 4.4.** Umowa wygasa ze skutkiem natychmiastowym w wyniku zgonu Seniora.
- 4.5.** Senior ma prawo do rozwiązania umowy w każdym momencie. Rozwiązanie umowy przez Seniora wymaga złożenia do Ośrodka pisemnego oświadczenia w tym zakresie i następuje z dniem jego doręczenia do Ośrodka.
- 4.6.** W przypadku wygaśnięcia Umowy lub jej rozwiązania lub upływu okresu jej wypowiedzenia, Senior zobowiązuje się zwrócić powierzoną mu Teleopaskę w terminie do 14 dni od zakończenia. Zwrot Teleopaski następuje do siedziby Ośrodka, chyba, że inne miejsce zostało uzgodnione z Ośrodkiem.
- 4.7.** Dokonanie zwrotu Teleopaski zostanie stwierdzone w Protokole zdawczo-odbiorczym.
- 4.8.** W przypadku braku zwrotu Teleopaski Senior zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Ośrodka równowartości ceny jej zakupu tj. 324,00 zł (słownie: trzysta dwadzieścia cztery zł



00/100). Zwrot równowartości następuje w gotówce w siedzibie Ośrodka za pokwitowaniem lub przelewem bankowym na wskazany przez Ośrodek rachunek bankowy projektu. Brak dokonania terminowej płatności uprawnia Ośrodek 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. Senior oświadcza, że zapoznał się z treścią Regulaminu, rozumie ją i akceptuje.
- 5.3.** Wszelkie spory między Ośrodkiem, a Seniorem związane z realizacją niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Gminy Międzychód.
- 5.4.** Senior nie ma prawa przenoszenia praw, ani obowiązków wynikających z niniejszej umowy na jakikolwiek podmiot trzeci. Nie wyłącza to uprawnień przedstawiciela ustawowego, działającego w imieniu Seniora w zakresie wskazanym w Regulaminie projektu.
- 5.5.** W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie, znajdują zastosowanie postanowienia Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.
- 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.

**W imieniu Ośrodka:**

**Senior:**

.....

.....

**Przedstawiciel ustawowy Seniora  
(fakultatywnie)**

.....



## PROTOKÓŁ ZDAWCZO – ODBIORCZY

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

**OŚRODKIEM POMOCY SPOŁECZNEJ W MIĘDZYCHODZIE**, z siedzibą Ośrodka przy ul. Juliusza Słowackiego 11, 64-400 Międzychód, NIP 5950008071 reprezentowanym przez: **p. ANETĘ MONIKĘ GIERZIEWSKĄ - DYREKTORA** Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzychodzie, zwanym dalej „**OŚRODKIEM**”

a

**PANIĄ / PANEM**

**NR PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**zamieszkałą / zamieszkałym pod adresem**

Zwanym dalej „**SENIOREM**”, reprezentowaną / reprezentowanym przez

1. Ośrodek przekazuje Seniorowi opaskę bezpieczeństwa sprawną technicznie oraz zgodną z obowiązującymi przepisami bezpieczeństwa, co Senior potwierdza własnym podpisem.
2. Senior po otrzymaniu opaski bezpieczeństwa zobowiązuje się do sprawdzenia jego stanu technicznego.
3. W przypadku stwierdzenia usterek, bądź zniszczenia sprzętu – Senior zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Ośrodka – zespół koordynujący projekt „TELEOPIEKA – bezpieczny Senior”.



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

---

**4. SENIOR POTWIERDZA NINIEJSZYM OTRZYMANIE:**

- 1) Opaski bezpieczeństwa
  - 2) Karty SIM o numerze: .....
  - 3) Ładowarki do opaski bezpieczeństwa
  - 4) Instrukcji użytkowania opaski bezpieczeństwa w j. polskim
  - 5) Opakowania
  - 6) Inne: .....
5. Senior potwierdza, że **został przeszkolony w zakresie korzystania z opaski bezpieczeństwa**, w tym korzystania z akcesoriów do opaski.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Seniora / przedstawiciela ustawowego

.....  
czytelny podpis i pieczęć osoby szkolącej

.....  
czytelny podpis i pieczęć Dyrektora OPS lub członka zespołu koordynującego projekt



## PROTOKÓŁ ZDAWCZO – ODBIORCZY - ZWROT

podpisany w dniu ..... w .....

### 1. Senior zwraca, a Ośrodek potwierdza niniejszym otrzymanie:

- 1) Opaski bezpieczeństwa
- 2) Karty SIM o numerze: .....
- 3) Ładowarki do opaski bezpieczeństwa
- 4) Instrukcji użytkowania opaski bezpieczeństwa w j. polskim
- 5) Opakowania
- 6) Inne: .....

### 2. Opaska bezpieczeństwa wraz z dodatkami wymienionymi z ust. 1 jest:

- Sprawna technicznie i / lub wizualnie
- W stanie bardzo dobrym
- W stanie dobrym
- Zawiera usterki, jakie:  
.....  
.....  
.....
- Zniszczona

### 3. Ośrodek potwierdza otrzymanie ww. pozycji.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Seniora / przedstawiciela ustawowego

.....  
czytelny podpis i pieczęć Dyrektora OPS  
lub członka zespołu koordynującego projekt