

Zabrze, dnia 22.03.2023 r.

Zarządzenie Nr 0211/17/2023

z dnia 22.03.2023 r.

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu

w sprawie wprowadzenia Regulaminu udzielenia wsparcia w formie świadczenia usługi opieki na odległość na rok 2023.

1. Wprowadzam Regulamin udzielenia wsparcia w formie świadczenia usługi opieki na odległość na rok 2023 w ramach Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023 r.
2. Wykonanie zarządzenia powierzam Kierownikowi Centrum Usług Społecznych.
- 4 Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Do wiadomości:

1. Kierownik Centrum Usług Społecznych,
2. Kierownik Działu Pomocy Środowiskowej,
3. Kierownicy DPPS,
4. a/a

DYREKTOR
[Signature]
mgr Danuta Dymek

Kierownik Działu Organizacyjnego
i Spraw Pracowniczych

[Signature]
Grzegorz Kwieć

**KORPUS WSPARCIA SENIORÓW
NA ROK 2023
MODUŁ II**

**Regulamin udzielenia wsparcia w formie świadczenia usługi opieki na odległość na
rok 2023**

§1 Informacje ogólne

1. Niniejszy regulamin określa zasady funkcjonowania i organizacji wsparcia udzielanego seniorom w ramach Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023.
2. Wsparcie jest udzielane w ramach działań Centrum Aktywności Senioralnej (CAS), mieszczącego się przy ul. Stalmacha 7 w Zabrzu będącego komórką organizacyjną Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu (MOPR).
3. Wsparcie nie jest uzależnione od kryterium dochodowego.
4. Wsparcie jest udzielane do 31 grudnia 2023 r.

§ 2 Cel Modułu II

1. Celem Modułu II jest zapewnienie usługi wsparcia seniorom w wieku 65+, zamieszkałym na terenie Zabrza, mającym problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzącym samodzielne gospodarstwa domowe lub mieszkającym z bliskimi, którzy nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia oraz poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania dla osób starszych przez zwiększenie dostępu do tzw. „opieki na odległość”
2. Niniejszy Regulamin świadczenia usług opieki na odległość, zwany dalej „Regulaminem”, określa zasady i warunki przyznawania przez Miasto Zabrze usług opieki na odległość na rzecz osób przystępujących do Modułu II Programu „Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2023”
3. Świadczenie usług opieki na odległość odbywa się nieodpłatnie na podstawie umowy zawartej z uczestnikiem Programu na okres od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2023 r.
4. Użyte w Regulaminie pojęcia oznaczają:
 - 1) program - oznacza II Moduł Programu „ Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2023”
 - 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 dyspozytorów, którzy będą pracować w centrali w pełnej gotowości do odebrania sygnału alarmowego od Uczestnika.
2. Uczestnicy otrzymają nieodpłatnie monitorującą stan zdrowia opaskę, czyli tzw. opaskę bezpieczeństwa na nadgarstek z przyciskiem SOS z możliwością połączenia głosowego z centralą wraz z instrukcją obsługi, ładowarką i kartą SIM.
3. Po otrzymaniu sygnału, dyspozytorzy organizują pomoc adekwatną do zaistniałej sytuacji, dotyczącej danego Uczestnika.
4. Opaska bezpieczeństwa Uczestnika wyposażona jest w przycisk SOS z możliwością połączenia z centralą o oraz dodatkowe funkcje, w tym detektor upadku, lokalizator GPS, czujnik zdjęcia opaski, funkcje umożliwiające komunikowanie się z centralą, funkcje monitorujące podstawowe czynności życiowe (puls i saturacja)

5. Opaska bezpieczeństwa jest własnością Miasta Zabrze i będzie użyczona Uczestnikowi na podstawie umowy o użyczenie sprzętu oraz świadczenie usług opieki na odległość, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.
6. Warunkiem objęcia Uczestnika Programu całodobową opieką na odległość jest dostępność sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania Uczestnika, noszenie przez Uczestnika opaski bezpieczeństwa na nadgarstku i zapewnienie w sposób nieprzerwany właściwego poziomu naładowania baterii.
7. Opaska bezpieczeństwa służy do natychmiastowego poinformowania dyspozytora zatrudnionego w centrali za pomocą przycisku SOS w celu wezwania pomocy, w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa Uczestnika. Urządzenie łączy się z pracownikami centrali, 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 bezpieczeństwa do systemu opieki na odległość oraz całodobową możliwości łączności z centralą z zastrzeżeniem spełnienia warunków, o których mowa w ust. 6 niniejszego paragrafu.
 - 2) przeszkolenie grupowe lub indywidualne w zakresie obsługi opaski bezpieczeństwa
 - 3) całodobowy monitoring i rejestrację sygnałów alarmowych,
 - 4) możliwość kontaktu z pracownikami centrali w sytuacji zajścia takiej konieczności, a w szczególności w sytuacjach zagrożenia zdrowia, życia lub złego samopoczucia.

§ 4 Warunki uczestnictwa w Programie

1. Program skierowany jest do osób wymagających wsparcia, których stan zdrowia może powodować zagrożenie życia, zdrowia lub bezpieczeństwa.
2. Uczestnikiem Programu może zostać tylko osoba spełniająca łącznie następujące kryteria:
 - 1) posiada miejsce zamieszkania na terenie miasta Zabrze
 - 2) ukończyła 65 rok życia,
 - 3) jest osobą mającą problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe lub mieszkającą z bliskimi, którzy nie są w stanie zapewnić jej wystarczającego wsparcia.
3. Pierwszeństwo w Programie przysługuje użytkownikom opasek bezpieczeństwa objętych tą formą wsparcia w dniu 31.12.2022 r.
4. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w ust. 2 przez większą liczbę osób aniżeli liczba, o której mowa w § 6 ust. 1 Regulaminu zakwalifikowanie danej osoby do Programu przysługuje osobom ubiegającym się o uczestnictwo według kolejności zgłoszeń.

§ 5 Warunki rozpoczęcia wsparcia

Warunkiem rozpoczęcia wsparcia jest:

- 1) złożenie deklaracji uczestnictwa we wsparciu udzielanym w ramach Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów stanowiącej załącznik nr 1 do Regulaminu
- 2) zawarcie przez Uczestnika umowy o użyczenie sprzętu i 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 : klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik Nr 5 oraz oświadczenia dotyczącego udostępnienia wizerunku stanowiącego załącznik Nr 6, Karty Pacjenta stanowiącej załącznik nr 3. Dane zawarte w Karcie Pacjenta będą przetwarzane przez firmę

realizująca usługę na czas wykonywania umowy na świadczenie usług opieki na odległość, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających oraz będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej. Ponadto należy złożyć oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu (jeżeli Uczestnik taką osobą dysponuje) stanowiące załącznik Nr 7 do Regulaminu

3) zapoznanie się Uczestnika z instrukcją obsługi przekazanego urządzenia i stosowanie się do tejże instrukcji.

§ 6 Zasady naboru do Programu

1. W ramach realizacji Programu usługami opieki na odległość zostanie objętych maksymalnie 170 osób.
2. Warunkiem uczestnictwa w procesie naboru jest poprawne wypełnienie i dostarczenie do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu przy ul. 3 Maja 16 dokumentów zgłoszeniowych, o których mowa w ust. 3. Dokumenty można składać osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe. Ponadto chęć udziału w Programie można zgłosić w Centrum Aktywności Senioralnej, w Zabrzu przy ul. Stalmacha 7 oraz Dzielnicowych Punktach Pomocy Społecznej – według rejonizacji (rejonizacja jest podana na stronie internetowej MOPR, tj. www.mopr.zabrze.pl). W przypadku braku możliwości złożenia dokumentów zgłoszeniowych osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego – istnieje możliwość wypełnienia ich w obecności pracownika socjalnego oraz przekazania pracownikowi socjalnemu.
3. Osoby ubiegające się o uczestnictwo w Programie, w pierwszej kolejności winny skontaktować się telefonicznie z Centrum Aktywności Senioralnej w Zabrzu, nr telefonu: 32 630- 37-58 celem wpisania na listę uczestników/ listę osób oczekujących. Następnie składają deklarację uczestnictwa o przystąpieniu do Programu według wzoru, stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu,
4. Deklaracja uczestnictwa wskazana w ust. 3 niniejszego paragrafu dostępna jest w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrzu – w Centrum Aktywności Senioralnej w Zabrzu, przy ul. Stalmacha 7 oraz w siedzibach Dzielnicowych Punktów Pomocy Społecznej. Istnieje możliwość pomocy przy wypełnieniu dokumentów przez pracowników socjalnych.
5. Złożenie dokumentów zgłoszeniowych nie jest równoznaczne z przyjęciem do udziału w Programie. O zakwalifikowaniu osoby do udziału w Programie decyduje kolejność zgłoszeń. Udzielenie informacji o zakwalifikowaniu uczestnika do Programu nastąpi telefonicznie w terminie do 1 miesiąca od złożenia kompletnych dokumentów.
6. Nabór Uczestników do Programu będzie miał charakter ciągły do 30 listopada 2023 r.
7. Z osobami, które zostały zakwalifikowane do Programu zostanie podpisana umowa o użyczenie sprzętu oraz świadczenie usług opieki na odległość, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu. Ponadto osoby zakwalifikowane do Programu są zobligowane do przekazania Centrum Aktywności Senioralnej pozostałej dokumentacji opisanej w paragrafie 5 ust. 2
8. Informacja na temat zakwalifikowania do Programu z informacją na temat miejsca i terminu podpisania umowy, przeprowadzenia szkolenia oraz wydania opaski bezpieczeństwa zostanie przekazana Uczestnikowi telefonicznie.
9. Dokumenty zgłoszeniowe będą przetwarzane i archiwizowane w postaci papierowej w siedzibie Centrum Aktywności Senioralnej w Zabrzu z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych. Dane zawarte w Karcie Pacjenta będą przetwarzane przez firmę realizującą usługę na czas wykonywania umowy na świadczenie usług opieki na odległość, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych

roszczeń z niej wynikających oraz będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.

10. Dane osobowe Uczestnika nie będą przetwarzane do innych celów niż te, które wynikają z realizacji Programu.

§ 7 Obowiązki Uczestnika Programu

1. Obowiązkiem uczestnika jest zawarcie umowy o użyczenie sprzętu oraz świadczenie usług opieki na odległość, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu oraz złożenie pozostałej dokumentacji określonej w paragrafie 5
2. Uczestnik odpowiada za przekazaną mu do używania opaskę bezpieczeństwa. W przypadku jej utraty lub uszkodzenia Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Kierownika Centrum Aktywności Senioralnej oraz Dział Serwisowy Sidly Sp. z o.o nie później niż w terminie 3 dni od momentu utraty lub uszkodzenia.
3. Uczestnik ponosi odpowiedzialność za uszkodzenia wynikłe z korzystania z urządzenia, o którym mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub właściwościami, lub w inny sposób sprzeczny z umową o użyczenie sprzętu oraz świadczenie usług opieki na odległość, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu i zobowiązany jest do pokrycia wszelkich kosztów związanych z naprawą urządzenia.
4. W przypadku utraty lub uszkodzenia w sposób trwały urządzenia, o którym mowa w ust. 2 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.
5. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za używaną opaskę bezpieczeństwa, 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 opaski spowodowanej wadą ukrytą urządzenia.

§ 8 Zakończenie uczestnictwa

Zakończenie uczestnictwa w programie następuje w sytuacji złożenia przez seniora rezygnacji (załącznik 4) lub do dnia 31 grudnia 2023 r.

§ 9 Postanowienia końcowe

1. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrze nie ponosi odpowiedzialności za szkody materialne i niematerialne związane ze świadczeniem usług opieki na odległość na rzecz Uczestników Programu.
2. Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Rodzinie w Zabrze przysługuje prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie.
3. Zmiany Regulaminu mogą być dokonywane wyłącznie z zachowaniem przepisów Regulaminu.

DYREKTOR
mgr Danuta Dymek

Zabrze, dn.....

**Deklaracja uczestnictwa we wsparciu udzielanym w ramach
Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów**

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko).....

deklaruję uczestnictwo we wsparciu udzielanym w ramach Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023 przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu.

Zabrze, dn.....

.....
(czytelny podpis składającej/ego deklarację)

1. Dane uczestniczki/uczestnika wsparcia:

1. Imię i nazwisko	2. Płeć:
3. Data urodzenia	4. PESEL
5. Adres zamieszkania	
6. Numer telefonu kontaktowego	
7. Imię i nazwisko osoby wskazanej do kontaktu	8. Numer telefonu osoby wskazanej do kontaktu

2 Oświadczam, że:

- ukończyłam/ -łem 65 lat
- mieszkam na terenie gminy Zabrze
- prowadzę samodzielne gospodarstwo
- zamieszkuję z bliskimi, którzy nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia
- mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia

3. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem Udzielania Wsparcia w ramach Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej deklarację)

DYREKTOR
mgr Danuta Dymek

UMOWA NR _____

o użyczenie/ użytkowanie sprzętu oraz świadczenie usług opieki na odległość
w ramach projektu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II” na rok 2023

zawarta dnia ____ / ____ / ____ r. w Zabrze, pomiędzy

Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Zabrzu

z siedzibą w Zabrzu (41-800) przy ul. 3 Maja 16, posiadającym numer NIP: 648-19-45-905
oraz REGON: ID-003453481,

reprezentowany przez:

Dyrektora Danutę Dymek

zwaną w dalszej części Umowy **GMINĄ** lub **UŻYCZAJĄCYM**;

a

PANEM/PANIĄ _____

zamieszkałym/ą w _____ (____ - ____) przy ul. _____ nr

domu _nr_ mieszkania _____, posiadającym numer PESEL: _____

zwanym/ą w dalszej części Umowy **UCZESTNIKIEM**

zwanymi łącznie w dalszej części Umowy **Stronami**, a każda z osobna **Stroną**.

W związku z zakupem przez Gminę Zabrze opasek bezpieczeństwa oraz zakwalifikowaniem Uczestnika do udziału w programie „Korpus Wsparcia Seniorów – Moduł II”, na rok 2023 którego realizatorem jest Gmina, zwanego dalej „**Programem**” oraz kontynuacją świadczenia usługi opieki na odległość, Strony zgodnie postanawiają zawrzeć Umowę o następującej treści:

§ 1

- 1 Przedmiotem niniejszej Umowy jest użyczenie/użytkowanie urządzenia, tj. opaski monitorującej stan zdrowia, tzw. opaski bezpieczeństwa (dalej „Opaska”) o numerze:

IMEI _____; **model: Sidly Care PRO**,

wyposażonej w gniazdo na kartę SIM wraz z ładowarką sieciową, gwarancją i oryginalnym opakowaniem oraz bezpłatne świadczenie usługi opieki na odległość („Usługa opieki na odległość”) na rzecz Uczestnika Programu.

- 2 Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność Gminy.

§ 2

Uczestnik oświadcza, że:

- 1 nie występują żadne przeszkody techniczne, które uniemożliwiłyby lub utrudniały świadczenie Usługi opieki na odległość,
- 2 nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych / zdrowotnych do korzystania przez niego z Usługi opieki na odległość,
- 3 wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Programu, a także

DYREKTOR

mgr Danuta Dymek

- wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne,
- 4 zapoznał się z Regulaminem Programu oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie ich zapisy oraz zobowiązuje się do ich stosowania.

§ 3

Niniejsza Umowa zostaje zawarta na okres od dnia r. do 31.12.2023.

§ 4

- 1 W celu prawidłowej realizacji Umowy Uczestnik zobowiązuje się do dostarczenia w ciągu 7 dni od dnia zawarcia niniejszej Umowy Oświadczenia osoby (przedstawiciela ustawowego) wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Aktywności Senioralnej o obowiązku zwrotu Opaski w przypadku śmierci Uczestnika Projektu lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski według wzoru stanowiącego Załącznik nr 7 do Regulaminu udzielenia wsparcia w formie świadczenia usługi opieki na odległość na rok 2023
- 2 Uczestnik zobowiązuje się do:
 - 2.a korzystania z Opaski w sposób zgodny z przeznaczeniem, dbania o stan fizyczny powierzonej Opaski i utrzymania jej w stanie technicznym, jaki prezentuje w dniu jego wydania,
 - 2.b nieusuwania/niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Opasce. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z Urządzenia pozbawia go możliwości kontaktu z centrum opieki na odległość, a w konsekwencji możliwości uzyskania pomocy,
 - 2.c niewykorzystywania Urządzenia do wykonywania połączeń z centrum opieki na odległość w sytuacjach nie wymagających natychmiastowej pomocy, jak również nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia i życia Uczestnika.
- 3 W przypadku utraty lub uszkodzenia Opaski, Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego informowania o tym fakcie pracownika Centrum Aktywności Senioralnej oraz Działu Technicznego Sidly Sp. z o.o
- 4 Za uszkodzenia wynikłe z nieodpowiedniego korzystania z Opaski, winę ponosi Uczestnik, on także pokrywa wszystkie koszty związane z naprawą sprzętu.
- 5 W przypadku zawinionego całkowitego zniszczenia lub utraty Urządzenia Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia.
- 6 Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za użytkowaną opaskę bezpieczeństwa uszkodzoną w następstwie siły wyższej, zdarzenia zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia lub w przypadku awarii opaski spowodowanej wadą ukrytą sprzętu.
- 7 Uczestnik zobowiązuje się do nie przekazywania Opaski osobom trzecim, jak również nie wywożenia Urządzenia poza terytorium Polski.
- 8 Uczestnik Programu przyjmuje do wiadomości, że świadczenie Usługi opieki na odległość odbywa się na terenie Polski, natomiast nie obejmuje usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 5

- 1 Korzystanie z Usługi opieki na odległość jest dobrowolne.
- 2 Odpowiedzialność Gminy z tytułu nieprawidłowego i niezgodnego z przeznaczeniem korzystania z Opaski jest wyłączona.

- 3 Gmina nie ponosi odpowiedzialności:
 - 3.a za korzystanie z Opaski w sposób niezgodny z przeznaczeniem,
 - 3.b z tytułu uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu wynikającego z nieprawidłowego użytkowania Opaski,
 - 3.c w przypadku odłączenia Opaski z przyczyn leżących po stronie Uczestnika lub samodzielnego wyłączenia przez Uczestnika Opaski lub rozładowania Opaski w czasie świadczenia usługi,
 - 3.d w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez Uczestnika,
 - 3.e korzystania z Opaski przez inną osobę niż Uczestnik.
- 4 Gmina nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

§ 6

- 1 Umowa może zostać wypowiedziana w każdym momencie z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy winno być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- 2 Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:
 - 2.a upływu okresu jej obowiązywania,
 - 2.b przerwania uczestnictwa w projekcie w związku ze zmianą zamieszkania Uczestnika,
 - 2.c objęcia Uczestnika stałą pomocą opiekuńczo-leczniczą (świadczoną m. in. przez Dom Pomocy Społecznej),
 - 2.d zgonu Uczestnika,
 - 2.e rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę Opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum opieki na odległość w ramach projektu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II”.
- 3 Umowa może zostać rozwiązana przez Gminę w trybie natychmiastowym w następujących okolicznościach:
 - 3.a naruszenie przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy lub innych postanowień w ramach Programu,
 - 3.b trwałego uszkodzenia Opaski z winy Uczestnika.
- 4 Po zakończeniu okresu, na jaki została zawarta niniejsza Umowa lub po rozwiązaniu Umowy z innych przyczyn, Uczestnik zobowiązany jest zwrócić Gminie Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką sieciową w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych, z zastrzeżeniem ust. 5, chyba że Gmina postanowi inaczej o czym poinformuje pisemnie.
- 5 W przypadku zgonu Uczestnika lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zwrotu Opaski zgodnie z ust. 4 dokonuje osoba wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem Centrum Aktywności Senioralnej.
- 6 Użyczący oświadcza, iż zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe uczestnika oraz osób wskazanych przez uczestnika zgodnie z postanowieniami umowy, regulaminu oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (dalej: RODO) a także z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

- 7 Uczestnik oświadcza, iż wyraża zgodę na udostępnienie danych osobowych niezbędnych dla przygotowania i realizacji usługi podmiotowi SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa, który po udostępnieniu danych osobowych przez Użyczającego staje się odrębnym administratorem danych osobowych uczestników oraz osób wskazanych w rozumieniu przepisów art. 4 pkt. 7 RODO.
- 8 Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z klauzulą informacyjną użyczającego stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu udzielenia wsparcia w formie świadczenia usługi opieki na odległość na rok 2023

§ 7

- 1 Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- 2 Gmina zastrzega sobie prawo do kontroli realizacji postanowień niniejszej Umowy w miejscu zamieszkania Uczestnika programu.
- 3 Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
- 4 Osobami do kontaktu z Uczestnikiem programu w trakcie realizacji Umowy są wyznaczeni pracownicy Centrum Aktywności Senioralnej Katarzyna Speina tel. kontaktowy: 512-810-491 oraz Anna Herman – Latos tel. kontaktowy: 459-588-359

Gmina :

Uczestnik projektu:

Czytelny podpis Uczestnika



Imię i nazwisko

Karta pacjenta 1/6 SiDLY

Dziękujemy za wybranie Teleopieki SiDLY. Prosimy o wypełnienie poniższego formularza drukowanymi literami. Poprawne i czytelne wypełnienie formularza jest niezbędne do prawidłowego świadczenia usługi. Zebrane informacje pozwolą na udzielenie natychmiastowej pomocy lub na wezwanie służb ratunkowych.

1. Dane osobowe																				
Imię																				
Nazwisko																				
PESEL																				
Data urodzenia RRRR - MM - DD					-			-												
Płeć	Kobieta ☐										Mężczyzna ☐									
Wzrost i waga	Wzrost							cm	Waga							kg				
Numer telefonu	+48									+48										
Adres zamieszkania	Kod pocztowy						-			Poczta (jeśli dotyczy)										
	Miejscowość																			
	Ulica (jeśli dotyczy)																			
	Numer budynku								Numer lokalu											
	Numer klatki								Piętro											
Wskazówki dojazdu dla służb ratunkowych																				

Wprowadź 15 cyfrowy numer IMEI opaski SiDLY.

Numer ten znajduje się na spodzie opakowania/pudełka opaski SiDLY

2. IMEI opaski														
Numer IMEI														

Jeżeli w pudełku wraz z urządzeniem jest naklejka z numerem IMEI przyklej ją na karcie pacjenta we wskazanym miejscu.

Naklejkę przyklej w tym miejscu

v6.2022

--

Imię i nazwisko

Karta pacjenta 2/6 SIDLY

Wprowadź dane osoby do kontaktu. Podaj numer telefonu, adres i powiązanie.
Jeżeli osoba posiada klucz do mieszkania, zaznacz odpowiednie pole.

3. Osoba do kontaktu 1											
Imię i nazwisko											
Numer telefonu	+48										
Powiązanie np. syn, sąsiad, krewny											
Adres zamieszkania											
Dodatkowe informacje											Posiada klucz ☐

4. Osoba do kontaktu 2											
Imię i nazwisko											
Numer telefonu	+48										
Powiązanie np. syn, sąsiad, krewny											
Adres zamieszkania											
Dodatkowe informacje											Posiada klucz ☐

5. Osoba do kontaktu 3											
Imię i nazwisko											
Numer telefonu	+48										
Powiązanie np. syn, sąsiad, krewny											
Adres zamieszkania											
Dodatkowe informacje											Posiada klucz ☐

v6.2022

Imię i nazwisko

Karta pacjenta 3/6 **SIDLY**

Wypełnij dane dotyczące aktualnych chorób. Zaznacz "x" w odpowiednich polach.
Jeśli posiadasz inne schorzenia, wpisz je w polu "Inne".

6. Dane medyczne			
Choroby	Alzheimer ☐	Nadciśnienie ☐	Parkinson ☐
	Astma/POChP ☐	Cukrzyca ☐	Padaczka ☐
	Po zawale ☐	Aparat słuchowy ☐	Po udarze ☐
		Choroba nowotworowa ☐	
		Leczenie paliatywne ☐	
	Arytmie ☐	Jakie?	
	Rozrusznik ☐	Rodzaj?	
	Inne		
Alergie			
Uzależnienia			
COVID-19	Czy pacjent jest zaszczepiony przeciw COVID-19? Nie ☐ Tak ☐		
	Data ostatniego szczepienia: . . miesiąc rok		

Wskaż miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

7. Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej

v6.2022

Imię i nazwisko

Karta pacjenta 4/6 SIDLY

Zaznacz "x" w odpowiednich polach.

8. Ocena samodzielności			
Poruszanie się	Bez pomocy ☐	Z chodzikiem ☐	O lasce ☐
	Na wózku ☐	Osoba leżąca ☐	
Słuch	Dobry ☐	Niedosłuch ☐	Głuchota ☐
Wzrok	Dobry ☐	Niedowidzenie ☐	Osoba niewidoma ☐
Kontakt słowno-logiczny	Zachowany ☐	Zróznicowany ☐	Niezachowany ☐

W tym polu wpisz wszelkie dodatkowe informacje, które mogą okazać się pomocne służbom ratunkowym.

9. Dodatkowe informacje

v6.2022

Imię i nazwisko

Karta pacjenta 5/6 SIDLY

Wpisz przyjmowane leki **na receptę** wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia.

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

Wskaż miejsce przechowywania leków.

11. Miejsce przechowywania leków

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

.....
Data i czytelny podpis

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

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Pacjenta, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymywać informacje o stanie mojego zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis

v6.2022

Imię i nazwisko

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i "Osób do kontaktu"

Realizując obowiązek prawny nałożony na Administratora danych przepisami 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) zwanego dalej „RODO” informujemy że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
- Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika opaski telemetrycznej (zwanego dalej Użytkownikiem) na podstawie:
 - świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
 - gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
 - gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
- Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, przy czym Administrator danych upoważniony jest do powierzenia przetwarzania danych w tym zakresie innemu podmiotowi lub samodzielnego świadczenia usług teleopieki.
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
- Administrator informuje, że dane osobowe: Użytkownika – będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających oraz będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej; Osoby do kontaktu wskazanej w Karcie Informacyjnej – będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających, w zakresie w jakim dane osobowe stanowią część dokumentacji medycznej, będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
- Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki, który przekazuje Administratorowi Kartę Informacyjną wypełnioną przez Użytkownika. Ponadto Administrator będzie pozyskiwał dane osobowe Użytkownika, za pomocą opaski telemedycznej z której Użytkownik będzie korzystał w trakcie świadczenia usługi teleopieki.
- Administrator w ramach świadczonej usługi teleopieki przetwarza następujące dane osobowe:
 - Użytkownika:
 - dane, w tym dane medyczne, zawarte w wypełnionej Karcie Informacyjnej;
 - dane, w tym dane medyczne, pozyskiwane za pośrednictwem opaski telemetrycznej z której korzysta Użytkownik, to jest:
 - Wyniki pomiaru pulsu
 - Wyniki pomiaru aktywności (krokomierz)
 - Lokalizacja opaski powierzonej użytkownikowi – w wypadku rozpoczęcia procedury alarmowej
 - Osoby do kontaktu: Imię, Nazwisko, numer telefonu, adres zamieszkania, rodzaj powiązania z Użytkownikiem, informacja czy Osoba do kontaktu posiada klucze do mieszkania Użytkownika.
- W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
 - jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
 - wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
 - żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią przedmiotowej klauzuli informacyjnej.

Użytkownik	.....	dnia	.....	.....
	(miejscowość)		(data)	(czytelny podpis)
Osoba do kontaktu 1	.....	dnia	.....	.....
	(miejscowość)		(data)	(czytelny podpis)
Osoba do kontaktu 2	.....	dnia	.....	.....
	(miejscowość)		(data)	(czytelny podpis)
Osoba do kontaktu 3	.....	dnia	.....	.....
	(miejscowość)		(data)	(czytelny podpis)

v6.2022

Załącznik nr 4 do Regulaminu Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023

Deklaracja rezygnacji z uczestnictwa we wsparciu udzielanym w ramach
Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko)
deklaruję wolę rezygnacji z uczestnictwa we wsparciu udzielanym w ramach Modułu II
Korpusu Wsparcia Seniorów i jednocześnie proszę o wykreślenie mnie z listy uczest-
ników z dniem

Zabrze, dnia

.....
(czytelny podpis osoby składającej deklarację)

Pan / Pani.....
nie jest uczestnikiem / uczestniczką wsparcia udzielanego w ramach Modułu II Korpusu
Wsparcia Seniorów od dnia

.....
(data i czytelny podpis Kierownika Centrum Aktywności Senioralnej)

DYREKTOR

mgr Danuta Dymek

Załącznik nr 6 do Regulaminu Modułu II Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu zastrzega sobie prawo utrwalania wizerunku uczestników i uczestniczek Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023 w Zabrzu oraz osób im towarzyszących w działaniach związanych z realizacją wsparcia w ramach Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023
2. Utrwalanie wizerunku przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu następuje w formie zdjęć i zapisów audio-wizualnych w celu dokumentowania działalności związanej z realizacją wsparcia w ramach Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023
3. Wizerunek uczestników i uczestniczek Wsparcia oraz osób im towarzyszących może zostać wykorzystany – za zgodą tych osób - w materiałach promocyjnych i informacyjnych powstałych w trakcie działalności związanej z realizacją wsparcia w ramach Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023.
4. Materiały te mogą być zamieszczane przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu:
 - w serwisie internetowym Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu (<http://www.mopr.zabrze.pl/>) oraz w mediach społecznościowych ośrodka;
 - w wydawnictwach i w prezentacjach multimedialnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu dotyczących działalności na rzecz seniorów;
 - w serwisie internetowym Urzędu Miasta Zabrze (<https://www.um.zabrze.pl/>) oraz w mediach społecznościowych ośrodka;
 - w publikacjach i serwisach osób trzecich – wyłącznie w celu ilustrowania informacji o działalności związanej z realizacją wsparcia w ramach Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023, a wykorzystywanie ich w innym kontekście jest niezgodne z prawem.
5. Zgodnie z umową na realizację zadań w ramach Programu Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2023 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu może udostępnić wszystkie materiały informacyjno – promocyjne dotyczące działalności Korpusu Wsparcia Seniorów Województwie Śląskiemu.
6. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu nie przekazuje, nie sprzedaje i nie użycza innym osobom lub podmiotom utrwalonego wizerunku uczestników i uczestniczek wsparcia oraz osób towarzyszących im w działaniach związanych z realizacją wsparcia w ramach Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023
7. Uczestnikom i uczestniczkom Korpusu Wsparcia Seniorów oraz osobom im towarzyszącym, których wizerunek został utrwalony i rozpowszechniony w trakcie działalności związanej z realizacją wsparcia w ramach Korpusu Wsparcia Seniorów na rok 2023 , nie przysługują jakiegokolwiek roszczenia, w tym szczególności prawo do wynagrodzenia.

Zapoznałem się z treścią załącznika nr 6 do Regulaminu Modułu II Korpusy Wsparcia Seniorów na rok 2023 i na jego treść wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody (właściwe podkreślić).

Brak zgody nie oznacza wykluczenia z udzielenia wsparcia w ramach programu Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2023

Zabrze, dnia

.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z 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 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanym dalej RODO informujemy, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu z siedzibą ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze, tel. 32 2777800, mopr@zabrze.pol.pl;
- Inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrzu jest Pan Michał Drozdowski z którym można się skontaktować pod adresem iodo@mopr.zabrze.pl, lub pod numerem telefonu tel. 32 2777848;
- Pani/Pana dane osobowe zawarte w dokumentacji rekrutacyjnej (np. w zgłoszeniu, oświadczeniu uczestnika) oraz ocenie świadczenia usługi będą przetwarzane w celu realizacji usługi wsparcia na rzecz Seniorów w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023. Dane osobowe przetwarzane przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu oraz wybrani przez niego wykonawcy usług wsparcia. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne dla wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO w zw. z ustawą z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Podstawą prawną przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych jest art. 9 ust. 2g) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym;
- Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być:
 - a podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązującego prawa, gdy wystąpią z takim żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną,
 - b podmioty przetwarzające je na zlecenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu w szczególności stowarzyszeniom świadczącym pomoc;
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
 - Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami archiwalnymi, tj. m.in. ustawą z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
 - Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich;
 - b sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - c żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 6.
 - Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych., gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
 - Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Osoba ubiegająca się o przyznanie pomocy jest zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia sprawy.

DYREKTOR

mgr Danuta Dymek

Zabrze, dn.

Osoba wskazana do kontaktu:

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer pesel: _____

Numer telefonu: _____

Dotyczy Uczestnika:

Imię i nazwisko: _____

OŚWIADCZENIE

osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Aktywności Senioralnej

Ja niżej podpisana/y _____ oświadczam,
że w przypadku zgonu

imię i nazwisko

Uczestnika projektu lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej ze względu na stan zdrowia przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zobowiązuję się zwrócić Gminie ww. Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia.

Czytelny podpis osoby wskazanej do kontaktu

DYREKTOR

mgr Danuta Dymek