Załącznik nr 1
do uchwały nr 5/18 Rady Partnerstwa
z dnia 12.04.2018 r.

REGULAMIN REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROJEKCIE pn. „Małopolski Tele-Anioł”

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

§ 1.
Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł” oraz prawa i obowiązki uczestników Projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Projekt realizowany jest w okresie: od 1 lutego 2018 roku do 31 stycznia 2021 roku.
3. Projekt realizowany jest przez Województwo Małopolskie, ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków w partnerstwie z Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce oraz Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego, ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka. Liderem projektu jest Województwo Małopolskie.
4. Biuro Lidera Projektu mieści się w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego w Krakowie przy ul. Zacisze 7, pok. nr 1, p.II do dnia 22.04.2018 r.
   od dnia 23.04.2018 r. ul. Lubelska 23, 30-003 Kraków, tel. 12 61-60-611.
5. Biura partnerów projektu mieszczą się w:
   a) Zespole Placówek Caritas w Proszowicach, ul. Kolejowa 4, 32-100 Proszowice, pok. nr 1, I piętro, tel. 883 316 158.
   b) Stowarzyszeniu Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego, ul. Adama Mickiewicza 175, 34-200 Sucha Beskidzka, pok. nr 5, e-mail: teleaniol.malopolska@gmail.com
6. Informacje na temat Projektu, naboru i realizacji form wsparcia zamieszczane są na stronie internetowej projektu www.malopolska.pl/teleaniol
7. Udział w projekcie jest bezpłatny, za wyjątkiem ust. 9 lit. b). Koszty urządzeń, abonamentów, wsparcia specjalistów Centrum Teleopieki, usług opiekuńczych i sąsiedzkich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej oraz szkoleń są finansowane ze środków Unii Europejskiej, budżetu państwa oraz wkładu własnego realizatorów.
8. Wszystkie osoby niesamodzielne zakwalifikowane do projektu otrzymują bezpłatnie wsparcie w zakresie usług Teleopieki, o których mowa w § 2 ust. 1. Bezpłatne, dla uczestników projektu zakwalifikowanych do tej formy wsparcia, są również sąsiedzkie usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, o których mowa w § 2 ust. 2 lit. b).
9. Wsparcie w zakresie usług opiekuńczych, świadczonych w miejscu zamieszkania, o których mowa w § 2 ust 2 lit a):
   a) bezpłatnie przysługuje osobie z niepełnosprawnościami i osobie niesamodzielnej, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę

samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[1].

b) może być częściowo odpłatne w przypadku osób posiadających dochody powyżej 150 % kryterium dochodowego określonego w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w wysokości do 30 % ich wartości w zależności od wielkości dochodu na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie zgodnie z zasadami:
   - osoby o dochodach 150-200% kryterium dochodowego, określonego w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ponoszą odpłatność w wysokości 3,50 zł za godzinę usług,
   - osoby o dochodach powyżej 200% kryterium, określonego w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ponoszą odpłatność w wysokości 7,00 zł za godzinę usług.

   z zastrzeżeniem ust. 10.

10. Odpłatność o której mowa w ust 9 lit. b) za realizację usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej może być naliczana oraz pobierana, na zasadach opisanych w niniejszym Regulaminie oraz w kontrakcie trójstronnym, o którym mowa w § 8 ust. 5, po zatwierdzeniu zmian we wniosku o dofinansowanie, który stanowi załącznik do Uchwały nr 259/18 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 22 lutego 2018 r.
11. Projekt jest realizowany zgodnie z regulaminem konkursu dla Poddziałania 9.2.1 (konkurs nr RPMP.09.02.01-IP.01-12-025/17).
12. Celem głównym projektu jest poprawa jakości życia osób niesamodzielnych poprzez realizację działań na rzecz rozwoju usług opiekuńczych i sąsiedzkich w miejscu zamieszkania oraz usług wykorzystujących nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne, które umożliwią osobom niesamodzielnym jak najdłuższe bezpieczne pozostanie w ich środowisku.
13. Projekt jest realizowany zgodnie z zasadą równości szans oraz zasadą niedyskryminacji.
14. Niniejszy *Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie* oraz wzory dokumentów rekrutacyjnych (z możliwością pobrania) są dostępne na stronie internetowej projektu.

§ 2.
Zakres wsparcia

Zakres wsparcia merytorycznego oferowanego w projekcie obejmuje:

1. Zapewnienie wszystkim – 10 000 Uczestnikom/czkom projektu formy wsparcia jaką jest TELEOPIEKA – możliwość całodobowego przekazania informacji o potrzebie wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa poprzez kontakt z Centrum Teleopieki.
   a) Każdy Uczestnik/czka projektu otrzyma opaskę bezpieczeństwa na nadgarstek wyposażoną w przycisk SOS (alarmowy) i kartę SIM z możliwością połączenia głosowego z Centrum Teleopieki. Skorzystanie z tej formy pomocy i zastosowanie ww. urządzeń jest uzależnione przy tym od dostępności sygnału telefonii komórkowej w miejscu zamieszkania Uczestnika/czki.
      - W projekcie dostępne opaski bezpieczeństwa wyposażone są w min. przycisk SOS z możliwością połączenia do telecentrum oraz dodatkowe funkcjonalności dostosowane do szczególnych potrzeb osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, np. detektor upadku, lokalizator GPS, czujnik tętna.

[1] Ilekroć w Regulaminie mowa jest o kryteriach dochodowych to należy przez to rozumieć kryteria wynikające z ustawy o pomocy społecznej bez względu na wysokość progu ustalonego przez właściwą radę gminy dla celów przyznawania zasiłków okresowego i celowego.

- Decyzja o przyznaniu osobie niesamodzielnej opaski bezpieczeństwa będzie poprzedzona każdorazowo indywidualną oceną sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) danej osoby niesamodzielnej oraz opiekunów faktycznych tej osoby.
- Urządzenie do teleopieki jest przekazywane Uczestnikowi/czce na okres jego udziału w projekcie.

b) Centrum Teleopieki funkcjonuje 24/7/365 oraz zapewnia możliwość całodobowego (przy zastrzeżeniu całodobowej dostępności sygnału telefonii komórkowej w miejscu zamieszkania Uczestnika/czki) przekazania informacji o potrzebie wezwania pomocy.
- Opaski bezpieczeństwa służą do natychmiastowego wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa. Urządzenie łączy się z ratownikiem medycznym, który udziela adekwatnej do sytuacji oraz możliwości pomocy w tym m.in.: informuje osoby wskazane do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy, udziela porady lub wzywa pogotowie lub inne służby ratunkowe – jeśli sytuacja tego wymaga.
- Uczestnicy/czki projektu będą mogli wykorzystywać opaski bezpieczeństwa także do kontaktu z asystentami Centrum Teleopieki uzyskując wsparcie w zakresie pomocy w sprawach życia codziennego, informację o możliwych formach pomocy społecznej, dostępnych formach aktywizacji społeczno-ruchowej i kulturalnej w najbliższej okolicy, a także w razie potrzeby kontaktu, osamotnienia, potrzeby rozmów na tematy codzienne – w tym również wsparcie psychologa.

c) Wsparcie, o którym mowa w ust. 1 obejmuje, w szczególności:
- Podłączenie opaski bezpieczeństwa do systemu teleopieki oraz zapewnienie całodobowej możliwości łączności z Centrum Teleopieki.
- Prezentację działania systemu teleopieki Uczestnikowi/czce oraz przeszkolenie w korzystaniu z pomocy i w obsłudze urządzenia.
- Utrzymanie łącza w stałej gotowości do podjęcia akcji alarmowej.
- Całodobowy monitoring i rejestracje sygnałów alarmowych.
- Możliwość kontaktu z ratownikiem medycznym w sytuacjach zagrożenia zdrowia, życia lub bezpieczeństwa.
- Stały monitoring zgłoszenia od rozpoczęcia do zakończenia akcji ratunkowej, interwencji.
- Możliwość kontaktu z asystentem teleopieki udzielającym wsparcia w zakresie pomocy w sprawach życia codziennego.
- Możliwość kontaktu z psychologiem.
- Połączenia ze strony Centrum Teleopieki w celu sprawdzenia poprawności działania i użytkowania urządzenia przez Uczestnika/czkę. Możliwe jest połączenie poprzez urządzenie lub telefonicznie pod numer wskazany w systemie (numer podany przez Uczestnika/czkę).
- Kontakt wspierający i aktywizujący uczestnika/czkę zgodnie z diagnozą oraz opracowanym Indywidualnym Planem Wsparcia i Opieki.

2. Zapewnienie dodatkowego wsparcia dla 3 216 Uczestników/czek projektu w postaci usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania.

a) Zakres usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania obejmuje w szczególności:
- pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczaniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu (w mieszkaniu/domu), czystości odzieży,

bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się);

- opiekę higieniczną (np. czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej, zmianę bielizny pościelowej, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji);
- pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej;
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług, czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej).

b) Sąsiedzkie usługi opiekuńcze obejmują wspieranie osoby niesamodzielnej i pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach domowych i życiowych, w szczególności:

- pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów;
- pomoc w przygotowywaniu i podawaniu posiłków;
- pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w domu/mieszkaniu;
- pomoc w praniu odzieży i bielizny;
- pomoc w uiszczaniu opłat, w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów, w tym kontaktowanie się w sprawach urzędowych w imieniu osoby objętej usługą, towarzyszenie na spacerach;
- informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych;
- odwiedziny w szpitalu – zlokalizowanym do 50 km od miejsca zamieszkania;

3. Decyzja o przyznaniu osobie niesamodzielnej usługi teleopieki, usług opiekuńczych /sąsiedzkich w miejscu zamieszkania jest poprzedzona każdorazowo indywidualną oceną sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) danej osoby niesamodzielnej oraz opiekunów faktycznych tej osoby.
4. Usługa opiekuńcza jest świadczona w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, z uwzględnieniem jej bliskiego otoczenia.
5. Zakres wsparcia i wymiar godzinowy usług opiekuńczych i sąsiedzkich usług opiekuńczych określany jest indywidualnie dla każdego Uczestnika/czki projektu w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki, a następnie kontrakcie trójstronnym.

§ 3.
Uczestnicy projektu

1. Projekt skierowany jest do osób niesamodzielnych mieszkających na terenie województwa małopolskiego, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np.: robienie zakupów, przygotowywanie i spożywanie posiłków, sprzątanie, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

2. Preferowane do objęcia wsparciem są:
   a) osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
   b) osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020;*
   c) osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
   d) osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;
   e) osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zakres wsparcia dla tych osób nie będzie powielał działań, które dana osoba otrzymała w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa);
   f) osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w *Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.*
3. Wsparcie w pierwszej kolejności udzielane będzie także osobom, które nie korzystają z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej. W odniesieniu do osób korzystających z tego systemu, kierowane do nich wsparcie będzie komplementarne do dotychczasowego.
4. Odbiorcami usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania są osoby niesamodzielne. Wsparcie przysługuje osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób i może być przyznana:
   a) osobie samotnej w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;
   b) osobie samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;
   c) osobie w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.
5. Realizatorzy projektu zastrzegają możliwość odmowy udziału w projekcie na każdym etapie osobom, których sytuacja życiowa, zdrowotna, prawna nie pozwala na skorzystanie z oferowanego w ramach projektu wsparcia, zwłaszcza w sytuacji gdy oferowane wsparcie byłoby sprzeczne z zasadami kwalifikowalności uczestników, o których mowa w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*, zasadami opisanymi w dokumentach programowych, innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego lub specyfika projektu i oferowane wsparcie było z przyczyn obiektywnych, np. ze względu na problemy technologiczne, niemożliwe do świadczenia. W powyższym zakresie decyzję podejmują samodzielnie realizatorzy odpowiedzialni za realizację poszczególnych etapów naboru i form wsparcia.

§ 4.
Warunki uczestnictwa

Osoby, które chcą uczestniczyć w projekcie muszą spełniać następujące kryteria włączenia:

a) mieszkać (tzn. przebywać z zamiarem stałego pobytu) na terenie województwa małopolskiego;
b) być osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;
c) wyrazić na piśmie świadomą zgodę na udział w projekcie i przetwarzanie danych osobowych niezbędnych podczas realizacji projektu;
d) wyrazić na piśmie świadomą zgodę na przeprowadzenie oceny sytuacji materialno-życiowej;
e) wyrazić na piśmie świadomą zgodę na objecie opieką zgodnie z przygotowanym Indywidualnym Planem Wsparcia i Opieki.

§ 5.
Ogólne zasady i etapy naboru

1. Rekrutację wspólnie prowadzi: Województwo Małopolskie – Lider Projektu wraz z Partnerami: Caritas Diecezji Kieleckiej i Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego.
2. W ramach realizacji projektu usługami teleopieki zostanie objętych 10 000 osób, z których dodatkowo usługami opiekuńczymi lub sąsiedzkimi usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania objętych zostanie 3 216 osób. Podczas każdej z dwóch tur rekrutacji, planowane jest zakwalifikowanie i włączenie do projektu 5 000 osób niesamodzielnych.
3. Proces rekrutacji składa się z następujących etapów:
   a) ETAP 1 – **Rekrutacja formalna** – złożenie formularzy zgłoszeniowych, weryfikacja formalna formularzy oraz utworzenie list rankingowych na koniec każdego dwutygodniowego cyklu rekrutacji. Podmioty odpowiedzialne: Województwo Małopolskie – Lider Projektu wraz z Partnerami: Caritas Diecezji Kieleckiej i Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego.
   b) ETAP 2 – **Podstawowa ocena sytuacji materialno-życiowej** – weryfikacja deklarowanych na etapie rekrutacji formalnej kryteriów włączenia oraz kryteriów preferowanych. Ocena zasadności przyznania Kandydatowi/ce wsparcia w formie teleopieki wraz z określeniem potrzeby przyznania dodatkowego wsparcia w formie usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (Opracowanie Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki – część I). Podmiot odpowiedzialny: Caritas Diecezji Kieleckiej w zakresie przeprowadzenia podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej oraz Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego w zakresie działań towarzyszących podstawowej ocenie sytuacji materialno-życiowej, tj. instruktażu oraz wyposażeniu w opaski bezpieczeństwa wraz z przypisaniem podopiecznych do systemu teleopieki.
   c) ETAP Dodatkowy[2] – **Rozszerzona ocena sytuacji materialno-życiowej** – szczegółowe określenie w Indywidualnym Palnie Wsparcia i Opieki (część II) przyznanego Uczestnikowi/czce zakresu usług opiekuńczych/sąsiedzkich świadczonych w miejscu zamieszkania. Podmiot odpowiedzialny: Caritas Diecezji Kieleckiej.

[2] Tylko dla uczestników/czek projektu, u których stwierdzono zasadność przyznania usług opiekuńczych.

4. Rekrutacja do wsparcia udzielanego w ramach projektu będzie prowadzona w dwóch turach, podzielonych na dwutygodniowe cykle rekrutacyjne:
   a) I tura : od dnia 13 kwietnia 2018 r. do dnia 31 października 2018 r./lub do wyczerpania miejsc;
   b) II tura: od dnia 1 sierpnia 2019 r. do dnia 31 stycznia 2020 r./lub do wyczerpania miejsc;
5. Harmonogram cyklów rekrutacji w ramach danej tury rekrutacji wraz z ewentualnymi aktualizacjami będzie udostępniany na stronie internetowej projektu (www.malopolska.pl/teleaniol).

§ 6.
Rekrutacja formalna

1. Rekrutację formalną do projektu prowadzą Realizatorzy projektu tj. Województwo Małopolskie, Caritas Diecezji Kieleckiej i Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego.
2. Warunkiem uczestnictwa w procesie rekrutacji jest poprawne wypełnienie i dostarczenie do miejsc wskazanych w załączniku nr 1 formularza, o którym mowa w ust. 3. Dokumenty rekrutacyjne można składać osobiście, za pomocą poczty tradycyjnej lub elektronicznie (z wykorzystaniem skrzynki elektronicznej Lidera – ePUAP) – tylko w jednej z instytucji prowadzących nabór. Za datę złożenia formularza, o którym mowa w ust. 3 przyjmuje się datę wpływu poprawnie wypełnionego formularza do miejsc wskazanych w załączniku nr 1, a nie datę wysłania formularza.
3. Kandydat/ka do uczestnictwa w projekcie po zapoznaniu się z niniejszym *Regulaminem* przedkłada formularz zgłoszeniowy, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego *Regulaminu*.
4. Formularz zgłoszeniowy jest dostępny do pobrania na stronie internetowej projektu (www.malopolska.pl/teleaniol) oraz w formie papierowej w instytucjach wskazanych w załączniku nr 1.
5. Dokumenty muszą być wypełnione czytelnie na właściwym formularzu zgłoszenia, w języku polskim i podpisane we wszystkich wskazanych miejscach. Rozpatrywane będą tylko kompletne wnioski. Niekompletne wnioski zostaną odrzucone ze względów formalnych, chyba, że osoba składająca wniosek dokona jego korekty. W powyższym przypadku datą złożenia wniosku będzie data złożenia poprawnie wypełnionej korekty wniosku.
6. Istnieje możliwość wypełniania dokumentów aplikacyjnych w Biurach projektu Lidera i Partnerów, o których mowa w § 1 ust. 4 i 5, po wcześniejszym umówieniu.
7. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z przyjęciem do udziału w projekcie. O zakwalifikowaniu Kandydata/tki do udziału w projekcie decyduje spełnienie wymaganych kryteriów uczestnictwa określonych w § 3 i § 4 .
8. Weryfikacja formalna formularzy zgłoszenia obejmuje sprawdzenie złożonych dokumentów aplikacyjnych, tj.:
   - czy dokumenty zostały złożone w określonym terminie,
   - czy dokumenty są zgodne z wymaganymi wzorami,
   - czy formularz zgłoszeniowy został podpisany w wymaganych miejscach,
   - czy potencjalny Uczestnik/czka projektu spełnia kryteria uczestnictwa w projekcie, o których mowa w § 3 i § 4 niniejszego *Regulaminu*,
   - czy potencjalny Uczestnik/czka projektu zapoznał/a się i zaakceptował/a zapisy *Regulaminu*,
   - czy potencjalny Uczestnik/czka projektu wyraził/a zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w celu rekrutacji i realizacji projektu,
   - czy potencjalny Uczestnik/czka projektu podpisał/a oświadczenie z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

9. Dodatkowo, z uwagi na szczególne preferencje wynikające ze specyfiki konkursu i założeń projektu, podczas rekrutacji formalnej doliczane będą punkty dla:
   a) osób z niepełnosprawnościami i osób niesamodzielnych, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (+2 pkt);
   b) osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (+ 2 pkt);
   c) osób z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną i osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (+2 pkt);
   d) osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020* (+2 pkt);
   e) osób lub rodzin korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zakres wsparcia dla tych osób nie będzie powielał działań, które dana osoba otrzymała w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa) (+2 pkt);
   f) osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w *Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020* (+2 pkt);
   g) osób, które nie korzystają z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej (+1 pkt).
10. Każdy z realizatorów projektu, o których mowa w ust. 1 dokonuje weryfikacji formalnej dokumentów złożonych w danej instytucji samodzielnie, poprzez utworzone komisje rekrutacyjne, w których skład wchodzi min. 2 przedstawicieli danego realizatora. Każdy z realizatorów projektu samodzielnie odpowiada za rekrutację formalną, weryfikację formularzy i utworzenie list rankingowych Kandydatów/tek składających u nich dokumenty rekrutacyjne.
11. Kandydaci/tki zgłaszający/e chęć udziału w projekcie będą dzieleni na:
   a) osoby niesamodzielne spełniające którekolwiek z kryteriów preferowanych wskazanych w ust. 9 lit. a) – f) – szeregowane na liście rankingowej zgodnie z liczbą spełnionych kryteriów preferencyjnych (im więcej spełnionych kryteriów preferencyjnych, tym więcej punktów i wyższe miejsce na liście rankingowej), a także dodatkowo premiowanego faktu niekorzystania ze wsparcia w ramach systemu pomocy społecznej;
   b) osoby niesamodzielne niespełniające żadnego z kryteriów preferowanych wskazanych w ust. 9 lit. a) – f) – umieszczane będą na liście rankingowej rezerwowej, zgodnie z kolejnością zgłoszeń oraz dodatkowo premiowanym faktem niekorzystania ze wsparcia w ramach systemu pomocy społecznej;

   Osoby niesamodzielne, które uzyskały taka samą liczbę punktów szeregowane będą na liście rankingowej/liście rankingowej rezerwowej wg kolejności zgłoszeń.
12. Komisje rekrutacyjne, o których mowa w ust. 10 zatwierdzają listy rankingowe Kandydatów/tek do projektu właściwe dla danej instytucji, które przekazują do Lidera projektu – Województwa Małopolskiego.
13. Każdorazowo po zakończeniu dwutygodniowego cyklu rekrutacji, o którym mowa w § 5 ust. 4, Lider projektu utworzy wspólną listę osób zakwalifikowanych formalnie do projektu na podstawie list rankingowych przekazanych przez komisje rekrutacyjne. Lider projektu

tworząc listę osób zakwalifikowanych formalnie do projektu nie weryfikuje oraz nie ocenia ponownie formularzy zgłoszeń, lecz opiera się wyłącznie na punktacji zatwierdzonej przez daną komisję rekrutacyjną.

14. Lista osób zakwalifikowanych formalnie do projektu zostanie udostępniona Partnerom projektu.
15. W pierwszej kolejności do projektu włączani będą Kandydaci/tki zgodnie z listą rankingową, o której mowa w ust. 11 lit. a) aż do wyczerpania limitu miejsc, a następnie w miarę dostępnych miejsc, Kandydaci/tki zgodnie z listą rankingową rezerwową, o której mowa w ust 11 lit. b). Model ten będzie powtarzany w każdym dwutygodniowym cyklu rekrutacji, aż do wyczerpania miejsc dostępnych w danej turze.
16. Zabronione jest składanie formularzy rekrutacji dotyczących danej osoby do kilku realizatorów. W przypadku, gdy jedna osoba niesamodzielna złoży wniosek w kilku instytucjach ważność zachowuje wyłącznie pierwszy wniosek tej osoby zgodnie z kolejnością zgłoszeń.
17. W przypadku, gdy liczba zgłoszeń do I tury przekroczy dostępną liczbę miejsc, Kandydaci/tki niezakwalifikowane do I tury zostaną włączeni do listy rankingowej lub listy rankingowej rezerwowej pierwszego cyklu II tury na zasadach opisanych w ust. 11.
18. Kandydaci/tki zgłaszający/e chęć udziału w projekcie pomiędzy zakończeniem rekrutacji do I tury, a rozpoczęciem rekrutacji do II tury będą szeregowani/e na liście rankingowej lub liście rankingowej rezerwowej pierwszego cyklu II tury na zasadach opisanych w ust 11.
19. W przypadku zebrania pełnej liczby osób do każdej tury projektu osoby zgłaszające będą wpisywane na listy rezerwowe. Udział w projekcie będzie możliwy w przypadku zwolnienia się miejsca.
20. Informacja na temat przejścia rekrutacji formalnej do projektu wraz z informacją na temat miejsca i terminu przeprowadzenia podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej będzie przekazywana Kandydatowi/tce telefonicznie lub z wykorzystaniem innych danych teleadresowych przekazanych w formularzu zgłoszeniowym, na zasadach opisanych w § 7 ust. 2-4.
21. Kandydatom nie przysługuje prawo odwołania się od wyników rekrutacji.

§ 7.
Podstawowa ocena sytuacji materialno-życiowej

1. Podstawową ocenę sytuacji materialno-życiowej przeprowadzają upoważnieni przez Partnera projektu – Caritas Diecezji Kieleckiej, pracownicy socjalni w miejscach zlokalizowanych na terenie każdego z powiatów Województwa Małopolskiego zgodnie z przyjętym, przez podmiot odpowiedzialny za przeprowadzenie podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej, harmonogramem.
2. Termin oraz miejsce przeprowadzenia podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej jest ustalany telefonicznie przez pracowników socjalnych, o których mowa w ust. 1 zgodnie z przyjętym harmonogramem pracy.
3. W przypadku, gdy osoba formalnie zakwalifikowana do projektu nie odbierze telefonu oraz nie poda innej formy kontaktu, pracownik socjalny zobowiązany jest do podjęcia minimum dwóch dodatkowych prób kontaktu o innych porach dnia lub w innych dniach.
4. W przypadku bezskutecznych minimum trzech prób kontaktu telefonicznego z osobą zakwalifikowaną formalnie do projektu lub w przypadku jej nieuzasadnionej nieobecności podczas uzgodnionego terminu oceny podstawowej sytuacji materialno-życiowej, osoba ta nie ma zagwarantowanego udziału w projekcie, zostaje przesunięta na listę rezerwową, o której mowa w § 6 ust. 19, a jej dalszy udział uzależniony jest od dostępnych miejsc w projekcie.
5. W uzasadnionych sytuacjach, w szczególności gdy osoba zakwalifikowana formalnie do projektu nie może dotrzeć do miejsca przeprowadzenia podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej lub okaże się to niezbędne do sporządzenia prawidłowej oceny,

podstawowa ocena sytuacji materialno-życiowej może odbyć się w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej. W powyższym zakresie decyzję, na podstawie uzyskanych informacji, podejmuje pracownik socjalny, o którym mowa w ust. 1.

6. Podstawowa ocena sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) danej osoby niesamodzielnej oraz opiekunów faktycznych tej osoby, obejmuje m.in.:
   a) Identyfikację indywidualnych potrzeb osoby niesamodzielnej wraz z analizą dotychczas posiadanego wsparcia i otoczenia osoby niesamodzielnej;
   b) Ocenę stopnia niesamodzielności (na podstawie przedłożonych dokumentów i uzupełniająco poprzez obserwację, wywiad prowadzony podczas oceny);
   c) Potwierdzenie zasadności przyznania wsparcia w formie teleopieki lub teleopieki wraz z dodatkowymi usługami opiekuńczymi/sąsiedzkimi świadczonymi w miejscu zamieszkania.
7. W trakcie podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej zweryfikowane zostaną deklarowane przez Kandydata/tkę na etapie rekrutacji formalnej kryteria włączenia/kryteria preferowane poprzez sprawdzenie dostarczonych dokumentów, o których mowa w ust. 8.
8. Kandydaci/tki zakwalifikowani/e formalnie do projektu kierowani/e do przeprowadzenia podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej przedkładają dokumenty potwierdzające kryteria włączenia lub kryteria włączenia i kryteria preferencyjne deklarowane w formularzu zgłoszeniowym, tj.:
   a) Obligatoryjnie – wszystkie osoby niesamodzielne zakwalifikowane formalnie do projektu przedkładają ocenę stopnia sprawności w skali Barthel wypełnioną przez lekarza POZ lub pielęgniarkę środowiskową. Wzór skali Barthel stanowi załącznik nr 7 do *Regulaminu rekrutacji*.
   b) W przypadku przedłożenia oceny stopnia sprawności w skali Barthel ocenionej przez pielęgniarkę środowiskową lub przedłożenia skali Barthel na innym formularzu niż formularz stanowiący załącznik nr 7 do niniejszego *Regulaminu* osoba zakwalifikowana formalnie do projektu powinna przedstawić przynajmniej jeden z niżej wymienionych dokumentów poświadczający przynależność do grupy osób niesamodzielnych, o których mowa w § 3 ust.1:
      - zaświadczenie od lekarza POZ o stanie zdrowia, w którym lekarz potwierdzi przynależność do grupy osób niesamodzielnych, zgodnie z definicją zawartą w § 3 ust. 1 (jeżeli dotyczy);
      - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy);
      - dowód osobisty bądź inny dokument tożsamości potwierdzający wiek (jeżeli dotyczy);
   c) Dodatkowo – dotyczy osób, które deklarowały przynależność do grup osób preferowanych, o których mowa w § 3 ust. 2 i 3:
      - zaświadczenie o dochodach wystawione przez właściwy OPS (jeżeli dotyczy);
      - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy);
      - zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający zagrożenie ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym (jeżeli dotyczy);
      - zaświadczenie właściwego OPS lub innej instytucji potwierdzające zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w *Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020* (jeżeli dotyczy);
      - zaświadczenie właściwego OPS lub innej instytucji potwierdzające fakt korzystania przez osobę lub rodzinę z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa wraz z informacją o zakresie wsparcia świadczonego w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa (jeżeli dotyczy);

- zaświadczenie z właściwego OPS o nie otrzymywaniu pomocy w ramach systemu pomocy społeczne (jeżeli dotyczy);
- inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów preferowanych – zgodnie z oceną dokonaną przez pracowników socjalnych, o których mowa w ust.1.

9. Ostateczną ocenę spełnienia kryteriów włączenia oraz kryteriów preferowanych, w tym ocenę przedłożonej dokumentacji, podejmują pracownicy socjalni, o których mowa w ust. 1.
10. W przypadku stwierdzenia, że dana osoba nie spełnia deklarowanych na etapie rekrutacji formalnej kryteriów włączenia pracownik socjalny, o którym mowa w ust. 1 informuje ją o braku możliwości udziału w projekcie przekazując jej dokument odmowy udziału w projekcie, którego wzór stanowi załącznik nr 13 do *Regulaminu rekrutacji*. W powyższym przypadku kończy się udział takiej osoby w projekcie.
11. W przypadku stwierdzenia, że dana osoba spełnia kryteria włączenia lecz nie spełnia deklarowanych na etapie rekrutacji formalnej kryteriów preferowanych lub w przypadku nie przedstawienia podczas podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej dokumentacji, o której mowa w ust. 8 lit. c), Kandydatowi/ce odejmuje się dodatkowe punkty, o których mowa w § 6 ust 9 oraz zmienia pozycję na liście osób zakwalifikowanych formalnie lub przesuwa na listę rezerwową, o której mowa w § 6 ust.19. W przypadku, gdy liczba Kandydatów formalnie zakwalifikowanych do projektu będzie równa liczbie miejsc w danej turze oraz powstanie lista rezerwowa, o której mowa w § 6 ust 19, potwierdzenie możliwości włączenia do projektu Kandydata/tki, o których mowa w zdaniu pierwszym, może zostać odroczone do czasu przeprowadzenia wszystkich ocen sytuacji materialno – życiowych Kandydatów/tek z ostatniego cyklu rekrutacji. W powyższym przypadku pracownik socjalny, o którym mowa w ust. 1 po przeprowadzeniu podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej wypełnia Indywidualny Plan Wsparcia i Opieki (część I), o którym mowa w ust. 13 z zastrzeżeniem o odroczeniu mocy jego obowiązywania do czasu potwierdzenia możliwości udziału w projekcie. W przypadku potwierdzenia możliwości udziału w projekcie, włączenie do projektu możliwe będzie w Biurze partnera projektu Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego, o którym mowa w § 1 ust 5 lit. b) lub w innym miejscu indywidualnie ustalonym przez Kandydata/tke i Partnera projektu odpowiedzialnego za realizację usług teleopieki.
12. W uzasadnionych przypadkach pracownicy socjalni przeprowadzający podstawową ocenę sytuacji materialno-życiowej mogą wyrazić zgodę na uzupełnienie dokumentów potwierdzających spełnienie kryteriów włączenia i/lub kryteriów preferowanych. W przypadku gdy nie jest możliwe uzupełnienie dokumentów w dniu i w godzinach przeprowadzania podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej, a brak dokumentów uniemożliwia kwalifikację do projektu, Kandydat/ka chcąc uczestniczyć w projekcie zobowiązany/na jest do dostarczenia niezbędnych dokumentów na własny koszt do Biura partnera projektu Caritas Diecezji Kieleckiej, o którym mowa w § 1 ust 5 lit. a), w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, w terminie 7 dni od dnia dokonania oceny. Po uzupełnieniu brakującej dokumentacji włączenie do projektu możliwe będzie w Biurze partnera projektu Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego, o którym mowa w § 1 ust 5 lit. b) lub w innym miejscu indywidualnie ustalonym przez Kandydata/tke i Partnera projektu odpowiedzialnego za realizację usług teleopieki. Brak dostarczenia dokumentów lub brak odbioru opaski bezpieczeństwa i podpisania umowy świadczenia usług teleopiekuńczych w określonym terminie jest równoznaczny z rezygnacją Kanydata/tki z udziału w projekcie.
13. Podczas podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej opracowany zostanie dla Uczestnika/czki Indywidualny Plan Wsparcia i Opieki (część I), w którym zostanie określone przyznanie wsparcia w formie usług Centrum Teleopieki oraz określona zostanie zasadność

przyznania dodatkowego wsparcia w formie usług opiekuńczych lub sąsiedzkich usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania lub jej brak.

14. Najpóźniej przed podpisaniem umowy świadczenia usług teleopiekuńczych Uczestnik/czka projektu zobowiązany/a jest do złożenia dokumentów, o których mowa w § 9 ust. 3 lit. a) -c).
15. Pracownicy Centrum Teleopieki wprowadzą zakres opracowanych Indywidualnych Planów Wsparcia i Opieki do cyfrowej karty Uczestnika/czki projektu.
16. Uczestnicy/czki ze wskazaniem w Indywidualnych Planach Wsparcia i Opieki do objęcia dodatkowym wsparciem w postaci usług opiekuńczych lub sąsiedzkich usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania zostaną skierowani/e na rozszerzoną ocenę sytuacji materialno-życiowej, o której mowa w § 8 niniejszego regulaminu.
17. Podstawowej ocenie sytuacji materialno- życiowej będą towarzyszyły działania wspierające, za które odpowiedzialny jest Partner projektu – Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego. Obejmują one m.in. wyposażenie Uczestników/czek projektu w opaski bezpieczeństwa, przypisanie podopiecznych do systemu teleopieki wraz z instruktażem użytkowania, w tym zaprezentowanie działania systemu.
18. Działania, o których mowa w ust. 17 prowadzone będą przez upoważnionych przedstawicieli Partnera Projektu – Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego, na podstawie przekazanej przez pracowników socjalnych, o których mowa w ust. 1, I część Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki.
19. Uczestnicy/czki projektu przed otrzymaniem opaski bezpieczeństwa są zobowiązani/e do podpisania umowy świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach projektu, której wzór stanowi załącznik nr 8 do *Regulaminu*.
20. Dopuszcza się podpisanie umowy przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome zawarcie umowy, a nie ma ona opiekuna prawnego.

§ 8.
Rozszerzona ocena sytuacji materialno-życiowej

1. Rozszerzona ocena sytuacji materialno-życiowej będzie przeprowadzana przez upoważnionych pracowników socjalnych Partnera projektu – Caritas Diecezji Kieleckiej w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, u której stwierdzono zasadność przyznania usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podczas podstawowej oceny sytuacji materialno- życiowej opisanej w § 7.
2. W przypadku stwierdzenia braku zasadności przyznania usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania nastąpi odmowa ich świadczenia.
3. Odmowa świadczenia usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych, o której mowa w ust. 2 nie ma wpływu na zasadność przyznania usług teleopiekuńczych.
4. Podczas rozszerzonej oceny sytuacji materialno-życiowej:
   a) pozyskane zostaną dodatkowe informacje niezbędne do określenia zakresu, rodzaju, częstotliwości i wymiaru usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych;
   b) indywidualne wsparcie zostanie dobrane we współpracy z rodziną lub opiekunem nieformalnym osoby niesamodzielnej;
   c) II część Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki zostanie uzupełniona przez pracownika reprezentującego podmiot realizujący usługi opiekuńcze/sąsiedzkie usługi opiekuńcze, który określi podział indywidualnie przypisanych w ramach projektu usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych wraz z określeniem ich wymiaru, częstotliwości, rodzaju oraz zakresu.
5. Utworzona II część Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki będzie stanowić podstawę kontraktu trójstronnego. Kontrakt trójstronny jest podstawą świadczenia usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych i podlegać będzie okresowemu monitoringowi

i ewaluacji wraz z możliwością dokonania korekty. Wzory kontraktów trójstronnych, odrębne dla usług opiekuńczych i sąsiedzkich usług opiekuńczych, stanowią odpowiednio załączniki nr 10 i 11 do niniejszego Regulaminu.

6. Dopuszcza się podpisanie kontraktu przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie ma ona opiekuna prawnego.
7. Pracownicy Centrum Teleopieki wprowadzą zakres opracowanych Indywidualnych Planów Wsparcia i Opieki do cyfrowej karty Uczestnika/czki projektu.

§ 9.

Zobowiązania uczestników projektu

1. Za dzień rozpoczęcia udziału w projekcie przyjmuję się otrzymanie pierwszej formy wsparcia. Udział w projekcie może trwać maksymalnie 18 miesięcy. Faktyczny czas objęcia wsparciem uzależniony jest od momentu przystąpienia do projektu Uczestnika/czki oraz momentu przeprowadzenia podstawowej oceny sytuacji materialno-życiowej. Usługi opiekuńcze i sąsiedzkie usługi opiekuńcze mogą być świadczone w ramach projektu maksymalnie przez 12 miesięcy.
2. W związku z udziałem w projekcie Uczestnik/czka podpisuje opracowany Indywidualny Plan Wsparcia i Opieki oraz umowę i/lub kontrakt trójstronny na zasadach opisanych w niniejszym *Regulaminie*.
3. Uczestnicy/czki projektu zobowiązani/e są także do:
   a) podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie „Małopolski Tele-Anioł" (*załącznik nr 3*);
   b) podpisania oświadczenia uczestnika projektu (*załącznik nr 4*);
   c) wypełnienia formularza zawierającego dane uczestników indywidualnych projektu „Małopolski Tele-Anioł" niezbędnych do przetwarzania w Centralnym systemie teleinformatycznym (*załącznik nr 5*);
   d) każdorazowego powiadomienia o zmianie danych osobowych przekazanych podczas procesu rekrutacji;
   e) bieżącego informowania o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział uczestnika w projekcie.

   Brak złożenia i podpisania dokumentów wymienionych w ust 3 lit. a) – c) jest równoznaczny z rezygnacją z udziału w projekcie.
4. Zakończenie uczestnictwa w projekcie lub w jego części następuje z chwilą:
   a) wygaśnięcia umowy, o której mowa w § 7 ust. 19 w związku ze zrealizowaniem wsparcia określonego w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki dla Uczestnika/czki projektu;
   b) wygaśnięcia kontraktu trójstronnego, o którym mowa w § 8 ust. 5 w związku ze zrealizowaniem części wsparcia określonego w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki dla Uczestnika/czki projektu;
   c) przerwania uczestnictwa przed zrealizowaniem zaplanowanych działań w związku z rezygnacją z uczestnictwa lub znacznym pogorszeniem stanu zdrowia uniemożliwiającym dalsze świadczenie usług;
   d) brakiem złożenia i podpisania dokumentów wymienionych w ust. 3 lit. a) - c);
   e) skreśleniem z listy uczestników wskutek braku możliwości świadczenia usług przewidzianych w projekcie;
   f) wygaśnięcia umowy, o której mowa w § 7 ust. 19 lub kontraktu trójstronnego, o którym mowa w § 8 ust. 5 za porozumieniem stron lub z innych powodów, o których mowa w umowie lub kontrakcie trójstronnym.

5. Zamiar skreślenia z listy odbiorców danej formy wsparcia komunikuje zainteresowanej osobie w sposób pisemny, telefoniczny lub z wykorzystaniem innych danych teleadresowych osoby zainteresowanej, podmiot odpowiedzialny za realizację tej formy wsparcia, zgodnie z podziałem zadań określonym w § 10 ust. 2.
6. Skreślenie z listy odbiorców usług teleopiekuńczych jest równoznaczne ze skreśleniem z listy uczestników projektu.
7. Uczestnik/czka projektu może zgłosić zamiar rezygnacji z uczestnictwa w projekcie lub jego części w formie pisemnej. Zgłoszenie rezygnacji powinno być sporządzone z wykorzystaniem wzoru stanowiącego ***załącznik nr 12*** do niniejszego *Regulaminu* lub obejmować jako minimum następujące informacje:
   - imię i nazwisko uczestnika,
   - PESEL uczestnika,
   - datę rezygnacji,
   - powód rezygnacji.
8. Rozwiązanie umowy o której mowa w § 7 ust. 19 lub kontraktu trójstronnego, o którym mowa w § 8 ust. 5 następuje w terminie 14 dni licząc od dnia wpływu rezygnacji do miejsc wskazanych w załączniku nr 1.
9. Uczestnik/czka zobowiązuje się zwrócić powierzoną opaskę bezpieczeństwa wraz z kartą SIM oraz dodatkowym osprzętem w terminie zgodnym z zapisami umowy, o której mowa w § 7 ust. 19.
10. Osoba, która zakończyła udział w projekcie ma prawo, na własny wniosek, otrzymać zaświadczenie potwierdzające fakt uczestnictwa w projekcie.

§ 10.
Zobowiązania realizatorów projektu

1. Województwo Małopolskie, jako Lider Projektu, zobowiązuje się do prowadzenia rekrutacji zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie oraz przyjmowania i rozpatrywania uwag i skarg Uczestników/czek związanych z działaniami prowadzonymi przez Partnerów odpowiedzialnych za realizację poszczególnych obszarów wsparcia.
2. Partnerzy odpowiedzialni za poszczególne obszary wsparcia zobowiązują się do:
   a) Caritas Diecezji Kieleckiej:
      - prowadzenia rekrutacji zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie;
      - przeprowadzenia podstawowej oceny materialno-życiowej Kandydatów/tek formalnie zakwalifikowanych do projektu;
      - sporządzenia I części Indywidualnych Planów Wsparcia i Opieki oraz zapewnienia zaplecza lokalowego na potrzeby prowadzenia podstawowej oceny materialno-życiowej wraz z działaniami wspierającymi na terenie wszystkich powiatów województwa małopolskiego;
      - przeprowadzenia rozszerzonej oceny materialno-życiowej w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, u której stwierdzono zasadność przyznania usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz sporządzenia II części Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki;
      - zapewnienia wsparcia psychologów dla Uczestników/czek projektu korzystających z Centrum Teleopieki;
      - organizacji systemu opieki umożliwiającego zapewnienie opieki w miejscu zamieszkania poprzez świadczenie usług opiekuńczych oraz sąsiedzkich usług opiekuńczych dla Uczestników/czek projektu;
   b) Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z Suchej Beskidzkiej:
      - prowadzenia rekrutacji zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie;

- przeprowadzenia działań wspierających podstawową ocenę sytuacji materialno-życiowej Kandydatów/tek formalnie zakwalifikowanych do projektu, o których mowa w § 7 ust. 17 niniejszego regulaminu;
- włączenie Uczestników/czek projektu do systemu Centrum Teleopieki wraz z testami, przygotowaniem, dostawą, montażem i wydawaniem urządzeń, przeprowadzaniem instruktażu obsługi urządzeń podopiecznym i ich rodzinom lub opiekunom;
- utworzenie Centrum Teleopieki oraz świadczenie usług teleopiekuńczych.

§ 11.
Postanowienia końcowe

1. Realizatorzy projektu zastrzegają sobie prawo do wprowadzenia zmian w *Regulaminie*. Informacje o ewentualnej zmianie *Regulaminu* zostaną zamieszczone na stronie internetowej projektu „Małopolski Tele-Anioł": www.malopolska.pl/teleaniol
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 12 kwietnia 2018 roku i obowiązuje przez okres realizacji projektu, tj. do dnia 31 stycznia 2021 roku.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – Lista teleadresowa.
2. Załącznik nr 2 – Formularz zgłoszeniowy do udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł".
3. Załącznik nr 3 – Deklaracja uczestnictwa.
4. Załącznik nr 4 – Oświadczania uczestnika projektu.
5. Załącznik nr 5 – Ankieta zawierająca dane uczestników indywidualnych projektu „Małopolski Tele-Anioł".
6. Załącznik nr 6 – Podstawowa ocena sytuacji materialno-życiowej z wzorem IPWiO cz. I
7. Załącznik nr 7 – Karta oceny stanu pacjenta wg. zmodyfikowanej skali Barthel.
8. Załącznik nr 8 – Umowa świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł" wraz z załącznikami:
9. Załącznik nr 9 - Rozszerzona ocena materialno-życiowa osoby niesamodzielnej z wzorem IPWiO cz. II
10. Załącznik nr 10 – Kontrakt trójstronny dotyczący realizacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu „Małopolski Tele-Anioł" wraz z załącznikami
11. Załącznik nr 11 – Kontrakt trójstronny dotyczący realizacji sąsiedzkich usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu „Małopolski Tele-Anioł" wraz z załącznikami
12. Załącznik nr 12 - Wzór informacji o rezygnacji z udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł".
13. Załącznik nr 13 - Odmowa udziału Kandydatowi/Kandydatce udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł'.

BAZA TELEADRESOWA

Lider Projektu:

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

Partnerzy:

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

Formularze zgłoszeniowe można składać:

1. **OSOBIŚCIE** w jednym z miejsc*:

   – **Dziennik Podawczy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego**
   ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków (pierwsze wejście od strony ul. Wrocławskiej, parter)

   – **Dziennik Podawczy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego**
   ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków (parter)

   – **Sekretariat Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej**
   Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego
   ul. Radziwiłłowska 1, 31-026 Kraków (parter)

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

   – **Biuro projektu Lidera –** ul. Zacisze 7, 31-156 Kraków, II piętro, pok. 1 - do dnia 22.04.2018 r.
   od dnia 23.04.2018 r. ul. Lubelska 23, 30-003 Kraków, tel. 12 61-60-611
   e-mail: teleopieka@malopolska.mw.gov.pl

   – **Biuro projektu Caritas Diecezji Kieleckiej - Zespół Placówek Caritas w Proszowicach**
   ul. Kolejowa 4, 32-100 Proszowice, pok. nr 1, I piętro, tel. 883 316 158

   – **Biuro projektu Stowarzyszenia Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego**
   ul. Adama Mickiewicza 175, 34-200 Sucha Beskidzka, pok. nr 5
   e-mail: teleaniol.malopolska@gmail.com

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

   Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego
   ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków
   z dopiskiem „Rekrutacja - Małopolski Tele-Anioł"

3. **ELEKTRONICZNIE**

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

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

Wypełnia Biuro projektu	***Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)***		***Podpis osoby przyjmującej wniosek***	

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

I CZĘŚĆ - DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)				
	IMIĘ			
	NAZWISKO			
	PESEL		**DATA URODZENIA**	
	TELEFON KONTAKTOWY		**E-MAIL** (jeśli posiadasz)	
	POWIAT		**GMINA**	
	MIEJSCOWOŚĆ		**KOD POCZTOWY**	
	ULICA/ NR BUDYNKU / NR LOKALU			

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

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

☐ Mieszkam na terenie województwa małopolskiego oraz

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

III CZĘŚĆ – KRYTERIA PREMIUJĄCE (kryteria preferowane)

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

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

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

☐ Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności *(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

☐ Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi *(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

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

☐ Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (*zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

☐ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 (*zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU

Proszę odpowiedzieć na pytanie:

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

CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie *Małopolski Tele-Anioł i deklaruję chęć uczestnictwa w nim*;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z ***Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie Małopolski Tele-Anioł wraz z załącznikami ,*** akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie,* uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie;
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu zg. z ustawą Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) oraz ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020" jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego

Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych" jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. c) lub art. 9 ust. 2 lit. b) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, a także:

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
2) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
3) Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017r. poz.1460 z późn. zm.);
4) Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi; Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Małopolski Tele-Anioł", w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM). Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie przy ul. Jasnogórskiej 11, 31-358 Kraków, Beneficjentowi realizującemu projekt – Województwu Małopolskiemu z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków, w imieniu którego działa Marszałek Województwa Małopolskiego oraz Partnerom uczestniczącymi w realizacji projektu – Caritas Diecezji Kieleckiej z siedzibą w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce w imieniu którego działa Dyrektor Naczelny oraz Stowarzyszeniu Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Suchej Beskidzkiej przy ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka reprezentowanym przez Zarząd Stowarzyszenia. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego , Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Małopolski Tele-Anioł". Mam świadomość prawa do:

1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
3) przenoszenia danych;

4) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;

Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł". W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Małopolski Tele-Anioł".

5. Przed przystąpieniem do pierwszej formy wsparcia zobowiązuję się do złożenia oświadczenia, zgodnego z wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie Małopolski Tele-Anioł;
6. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie Oceny Materialno-Życiowej na piśmie zgodnie z postanowieniami powyższego *Regulaminu oraz objęcie wsparciem* oferowanym w ramach projektu zgodnie ze wskazaniami wynikającymi
z Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki, jeśli zostanie sporządzony;
7. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
8. Przedstawione przeze mnie w niniejszym *formularzu zgłoszeniowym* dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....

miejscowość, data

czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
lub opiekuna prawnego*

Pouczenie

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

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

Deklaracja uczestnictwa w projekcie

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

PESEL: ……
(nr PESEL)

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

Oświadczam równocześnie, że:

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

…… ……
(miejscowość, data) *(czytelny podpis uczestnika projektu)*

Pouczenie

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

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

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

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

1. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,
2. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa,
3. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. c) lub art. 9 ust. 2 lit. b) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, a także:
   1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
   2) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
   3) Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017r. poz.1460 z późn. zm.);

4) Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu ***„Małopolski Tele-Anioł”***, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM);
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie przy ul. Jasnogórskiej 11, 31-358 Kraków, Beneficjentowi realizującemu projekt – Województwu Małopolskiemu z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków, w imieniu którego działa Marszałek Województwa Małopolskiego oraz Partnerom uczestniczącymi w realizacji projektu – Caritas Diecezji Kieleckiej z siedzibą w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce w imieniu którego działa Dyrektor Naczelny oraz Stowarzyszeniu Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Suchej Beskidzkiej przy ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka reprezentowanym przez Zarząd Stowarzyszenia. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego[3], Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;
6. Wymienieni współadministratorzy powołali następujących inspektorów danych: …….
7. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”.
8. Mam świadomość prawa do:
   1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
   2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
   3) przenoszenia danych;
   4) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Małopolski Tele-Anioł”.

[3] Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014-2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.

10. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji[1];
11. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy[2];
12. Do trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej, podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej[3];

Część B

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących
   1) oświadczenia o niesamodzielności
   2) oświadczeń o przynależności do grup preferowanych

   przez następujących współadministratorów danych osobowych: Województwo Małopolskie z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków w imieniu którego działa Marszałek Województwa Małopolskiego, Caritas Diecezji Kieleckiej z siedzibą w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce, w imieniu którego działa Dyrektor Naczelny i Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Suchej Beskidzkiej przy ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka reprezentowanym przez Zarząd Stowarzyszenia.
2. Wymienieni współadministratorzy powołali następujących inspektorów danych[4]: ……..
3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Małopolski Tele-Anioł", w szczególności udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM).
4. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 lub art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1).
5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

[4] Wypełnić w przypadku zbierania danych osobowych od 25 maja 2018 r.

Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;

6. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Małopolski Tele-Anioł".
7. Mam świadomość prawa do:
   1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
   2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
   3) przenoszenia danych;
   4) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
   5) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł". W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Małopolski Tele-Anioł".

Część C

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

przez następujących współadministratorów danych osobowych:

1) Caritas Diecezji Kieleckiej z siedzibą w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce, w imieniu którego działa Dyrektor Naczelny.
2) Stowarzyszenie Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Suchej Beskidzkiej przy ul. Adama Mickiewicza 19, 34-200 Sucha Beskidzka reprezentowanym przez Zarząd Stowarzyszenia.

2. Wymienieni współadministratorzy powołali następujących inspektorów danych: ……
3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Małopolski Tele-Anioł", w szczególności udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WM).

4. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 1 lub art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1).
5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;
6. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”.
7. Mam świadomość prawa do:
   1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
   2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
   3) przenoszenia danych;
   4) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
   5) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Małopolski Tele-Anioł”.

……. ……

(miejscowość, data) *(czytelny podpis uczestnika projektu*)*

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

ANKIETA ZAWIERAJĄCA DANE UCZESTNIKÓW INDYWIDUALNYCH PROJEKTU „Małopolski Tele-Anioł"

(pola szare uzupełniają pracownicy realizatorów projektu upoważnieni do CST)

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

14.	**Ulica**		
15.	**Nr budynku**	16.	**Nr lokalu**
17.	**Kod pocztowy**		
18.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*		
19.	**Telefon kontaktowy**		
20.	**Adres e-mail**		
21.	**Data rozpoczęcia udziału w projekcie** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*		
22.	**Data zakończenia udziału w projekcie** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*		
23.	**Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba długotrwale bezrobotna *(osoba długotrwale bezrobotna w przypadku osób poniżej 25 r. życia bezrobotna nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, osoby powyżej 25 r. życia nieprzerwanie pozostające bez pracy przez okres 12 miesięcy*) ☐ inne ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba bierna zawodowo ☐ osoba pracująca		
24.	**Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia** Nie dotyczy		
25.	**Wykonywany zawód** (dotyczy tylko osób zatrudnionych) ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba prowadząca działalność na własny ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne		
26.	**Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia)** (*dotyczy tylko osób zatrudnionych*)		
27.	**Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*		
28.	**Inne rezultaty dotyczące osób młodych** (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych) Nie dotyczy		
29.	**Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*		

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

30.	**Rodzaj przyznanego wsparcia** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*
31.	**Data rozpoczęcia udziału we wsparciu** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*
32.	**Data zakończenia udziału we wsparciu** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)*
33.	**Data założenia działalności gospodarczej** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)* Nie dotyczy
34.	**Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)* Nie dotyczy
35.	**PKD założonej działalności gospodarczej** *(wypełnia pracownik upoważniony do CST)* Nie dotyczy
36.	**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
37.	**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** ☐ TAK ☐ NIE
38.	**Osoba z niepełnosprawnościami** ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
39.	**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** ☐ TAK ☐ NIE
40.	**w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** ☐ TAK ☐ NIE ☐ nie dotyczy
41.	**Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** ☐ TAK ☐ NIE
42.	**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** (innej niż wymienione powyżej) ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

PODSTAWOWA OCENA MATERIALNO-ŻYCIOWA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Imię i Nazwisko			
Data urodzenia		PESEL	
Adres zamieszkania			

OPIS SYTUACJI ZDROWOTNEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

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

……

……

……

……

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

☐ **TAK** ☐ **NIE** Jeśli tak proszę podać:

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

rodzaj dysfunkcji: ……

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

Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*:*

Imię nazwisko ……

adres przychodni ……

telefon kontaktowy……..

Ogólna ocena stanu osoby niesamodzielnej według skali Barthel (opis stopnia realizacji czynności życiowych) i/lub **zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia**:

Liczba punktów ……

……

……

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

……..

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

……...

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

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

Sytuacja opiekunów prawnych/ faktycznych osoby niesamodzielnej	**TAK**	**NIE**
Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego		
Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej		
Jeżeli nie proszę podać z jakich przyczyn: …….. ……..		
Czy opiekun pracuje? W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun? ……..		

Dane kontaktowe do opiekuna/nów / członka/ków rodziny:	
Imię nazwisko……...	*Imię nazwisko*……...
adres……..……	*adres*……..……
telefon kontaktowy……..……..……	*telefon kontaktowy*……..……..……

Sytuacja ekonomiczna osoby niesamodzielnej
Łączny miesięczny dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie za ostatni miesiąc wynosi: …… zł
Stałe miesięczne wydatki osoby/ rodziny łącznie: …… zł
Czy osoba korzysta z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej? ☐ **TAK** ☐ **NIE** Jeśli tak proszę podać formy pomocy oraz ich zakres: ……

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

Kandydat/kandydatka:

☐ mieszka na terenie województwa małopolskiego

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

Powyższe stwierdzono na podstawie:

☐ dokumentu tożsamości ☐ oceny stanu zdrowia wg skali Barthel

☐ zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia ☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ *innych dokumentów/rozmowy/wywiadu/obserwacji* przedstawionych/przeprowadzonej** w trakcie OMŻ potwierdzających kryteria włączenia: *(*niewłaściwe skreślić oraz określić jakich)* ……..

……

……

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

☐ osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

☐ osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

☐ osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.

☐ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*.

☐ osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

☐ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w *Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.*

Powyższe stwierdzono na podstawie (*należy zaznaczyć właściwe*):

☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ zaświadczenia z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej

☐ innego dokumentu *(jaki)* ……..

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

PODSUMOWANIE OCENY

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

☐ **kwalifikuje się** ☐ **nie kwalifikuje się**

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

…… ……..…….
(miejscowość, data) *(podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia OMŻ)*

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

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

Imię i Nazwisko			
Data urodzenia		PESEL	
Adres zamieszkania			

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

I. **USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH** ☐ **TAK** ☐ **NIE**

Rekomendowany okres włączenia do usług teleopiekuńczych ……

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

……

……

II. **USŁUG OPIEKUŃCZYCH LUB SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ŚWIADCZONYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA** ☐ **TAK** ☐ **NIE**

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

……

……

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

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

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

Uwagi:

……

……

…… ……
(miejscowość, data) *(podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia OMŻ)*

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

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

KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

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

Nazwisko i imię pacjenta: ……

Wiek ……PESEL ……

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

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

10.	**Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego** 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
Łączna liczba punktów (wynik oceny) **		

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

……

……

……

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

……

*Data, pieczęć i czytelny podpis lekarza POZ*****

Część informacyjna dla osób wypełniających karty:

Szanowni Lekarze,

Wasi Pacjenci, zgłaszają chęć uczestnictwa w pilotażowym, innowacyjnym projekcie pn. Małopolski Tele-Anioł współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, zakres wsparcia: D Wsparcie projektów z zakresu teleopieki.

Głównym celem projektu jest poprawa jakości życia osób niesamodzielnych poprzez realizację działań na rzecz rozwoju usług opiekuńczych i sąsiedzkich w miejscu zamieszkania oraz usług wykorzystujących nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne, które umożliwią osobom niesamodzielnym jak najdłuższe bezpieczne pozostanie w ich środowisku. Więcej informacji o projekcie umieszczono na stronie internetowej www.malopolska.pl/teleaniol

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

Kolejnym etapem rekrutacji do projektu i będzie ocena sytuacji materialno –życiowej (OMŻ) Kandydatów/tek do projektu podczas, której będziemy m.in. zbierać istotne dla służb ratunkowych/teleopieki informacje o stanie zdrowia (m.in. choroby, przyjmowane leki, rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne). Prosimy Państwa o pomoc w przygotowaniu Waszych pacjentów do OMŻ poprzez przekazanie im istotnych dla służb ratunkowych/teleopieki informacji, o ich stanie zdrowia.

Wszystkie zebrane podczas OMŻ informacje trafią do Cyfrowej Karty Uczestnika Projektu która wyświetli się ratownikowi medycznemu w momencie odebrania zgłoszenia. Dziękujemy za wypełnienie formularza oraz poświęcony Pacjentowi czas,

Realizatorzy projektu - Województwo Małopolskie wraz z partnerami:

Caritas Diecezji Kieleckiej i Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego

---

Objaśnienia:

*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta oraz wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
**/ w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów
***/ niepotrzebne skreślić
****/Formularz może zostać wypełniony przez pielęgniarkę środowiskową jednak wówczas do formularza należy dołączyć zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza lub inny dokument który wraz ze skalą Barthel potwierdzi przynależność do grupy osób niesamodzielnych np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, dokument potwierdzający wiek (jeżeli niesamodzielność wynika z wieku)

Załącznik nr 8.
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”

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

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

zawarta w dniu …… w …… pomiędzy:

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

……,
a

…….. (*imię i nazwisko),*

PESEL nr ……,

zamieszkały/-ła ……

zwanym dalej **„Uczestnikiem”,** reprezentowany/-ną przez ……

……

§ 1.

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

§ 2.

Uczestnik oświadcza, że:

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

§ 3.

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

§ 4.

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

§ 5.

1. Uczestnik zobowiązuje się do:
   a) dbania o powierzoną opaskę bezpieczeństwa wraz z dodatkowym osprzętem, w tym w szczególności nie wystawianie urządzeń na działanie otwartego ognia, działanie wysokich lub ujemnych temperatur, długotrwałe działanie promieni słonecznych lub kontakt z wodą. Uczestnik zobowiązuje się również do nieusuwania/niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w opasce bezpieczeństwa.
   b) niezwłocznego zgłaszania sytuacji braku sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania Uczestnika lub wystąpienia innych okoliczności mogących zakłócić udział Uczestnika w Projekcie,
   c) niezwłocznego zgłaszania ewentualnych usterek/błędów opaski bezpieczeństwa lub dodatkowego osprzętu, ich uszkodzenia, zgubienia lub kradzieży itp.,
   d) uprzedniego zgłaszania dłuższych niż jeden dzień wyjazdów Uczestnika poza miejsce zamieszkania,

e) niewykorzystywania opaski bezpieczeństwa i/lub znajdującej się w niej karty SIM do wykonywania połączeń innych niż na numery Centrum Teleopieki.

2. Uczestnik zobowiązuje się nie przekazywać opaski bezpieczeństwa (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu żadnym osobom trzecim, jak również nie wywozić opaski bezpieczeństwa (w tym karty SIM) lub/i dodatkowego osprzętu poza terytorium Polski.
3. Uczestnik przyjmuje do wiadomości, że świadczenie usług teleopiekuńczych w ramach Projektu odbywa się wyłącznie na terenie województwa małopolskiego. Uczestnik akceptuje również okoliczność, iż z przyczyn technicznych mogą występować przerwy w świadczeniu usług teleopiekuńczych na jego rzecz.

§ 6.

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

§ 7.

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

§ 8.

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

§ 9.

1. Umowa wchodzi w życie w dniu jej podpisania przez obie Strony.
2. Strony zobowiązują się dążyć do polubownego załatwiania wszelkich sporów mogących wyniknąć w związku z realizacją Umowy.

3. W przypadku niemożności rozstrzygnięcia sporu polubownie, Strony ustalają zgodnie, że spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby EIRR.
4. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 10.

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

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Protokół zdawczo-odbiorczy.
Załącznik nr 2 – Protokół zdawczo-odbiorczy – zwrot.

Za EIRR: **Uczestnik:**

Załącznik nr 1
Do UMOWY ŚWIADCZENIA USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł”.

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

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

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

……..……,
a

……..…….. ……(*imię i nazwisko),*

PESEL nr ……,

zamieszkały/-ła ……..……

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

……..……

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

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

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

IV. Uczestnik potwierdza niniejszym otrzymanie:
   a) opaski bezpieczeństwa

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

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

VI. Uwagi: ……

Za EIRR: **Uczestnik:**

_____ _____

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

Załącznik nr 2
Do UMOWY ŚWIADCZENIA USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH w ramach projektu pn. „Małopolski Tele-Anioł".

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY- ZWROT

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

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

……..……,
a

……..…….. ……(*imię i nazwisko),*

PESEL nr ……,

zamieszkały/-ła ……..……

zwanym dalej **„Uczestnikiem",** reprezentowany/-ną przez…….

……..……

I. Uczestniczka/uczestnik zwraca EIRR otrzymany w dniu ……..… sprzęt, to jest*:
   a) opaskę bezpieczeństwa wraz z kartą SIM o numerze: ……
   b) ładowarkę do opaski bezpieczeństwa,
   c) instrukcję użytkowania opaski bezpieczeństwa,
   d) opakowania,
   e) inne: ……

II. Sprzęt, który zwraca uczestniczka/uczestnik jest:

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

……...

☐ zniszczony

III. EIRR potwierdza otrzymanie ww. sprzętu.

Za EIRR: **Uczestnik:**

_____ _____

* niewłaściwe skreślić

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

Załącznik nr 9
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł"

ROZSZERZONA OCENA MATERIALNO-ŻYCIOWA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Dane osoby niesamodzielnej:

Imię i Nazwisko			
Data urodzenia		PESEL	
Adres zamieszkania			

Sytuacja mieszkaniowa osoby niesamodzielnej lub rodziny osoby niesamodzielnej:

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

……

……

……

……

Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska opis:

……

……

……

……

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

……

……

……

……

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

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

Czy informacje zawarte w Karcie Oceny Materialno –Życiowej są aktualne: ☐**TAK**☐**NIE**

(jeśli nie należy ponownie wypełnić kartę Oceny Materialno – Życiowej)

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

……

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

Uwagi pracownika przeprowadzającego Rozszerzoną Ocenę Sytuacji Materialno - Życiowej:

……

……

……

……

PODSUMOWANIE ROZSZERZONEJ OCENY MATERIALNO-ŻYCIOWEJ OSOBY NIESAMODZIELNEJ

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

☐**kwalifikuje się** ☐**nie kwalifikuje się**

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

☐**usług opiekuńczych** ☐**sąsiedzkich usług opiekuńczych**

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

Uzasadnienie odmowy przyznania usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych:

……

……

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

ROMŻ przeprowadzono w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej.

…… ……..

(miejscowość, data) *(podpis osoby upoważnionej przez przeprowadzającej ROMŻ)*

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I OPIEKI

II. Część

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej: ……..

Adres zamieszkania:…..…….

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego*: ……..

Telefon kontaktowy opiekuna faktycznego*: …..……

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

[ ] USŁUGI OPIEKUŃCZE [ ] SĄSIEDZKIE USŁUGI OPIEKUŃCZE

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

Lp.	ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH	TAK
I.	**Pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, w tym:**	
1.	czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych	
a	przygotowanie lub dostarczanie posiłków	
b	pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie	
2.	czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym: utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej,	

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

	pościelowej, stołowej i ręczników	
3.	dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych	
4.	czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych	
5.	czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego	
6.	pomoc przy przemieszczaniu się	
II.	**Opieka higieniczna:**	
1.	czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej	
2.	pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych	
3.	zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych	
4.	pomoc przy ubieraniu się	
5.	zmianę bielizny osobistej	
6.	zmianę bielizny pościelowej	
7.	układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji	
III.	**Pielęgnacja zlecona przez lekarza:**	
	czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, czynności uzupełniające do pielęgniarskiej opieki środowiskowej	
IV.	**Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:**	
1.	czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług	
2.	czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej	

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

Lp.	ZAKRES SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH	TAK
I. Pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach domowych, w szczególności:		
1.	pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów	
2.	pomoc w przygotowywaniu i podawaniu posiłków	
3.	pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w gospodarstwie domowym domu	
II. Pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach życiowych, w szczególności:		
1.	pomoc w praniu odzieży i bielizny	
2.	pomoc w uiszczaniu opłat, w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów	

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

3.	w tym kontaktowanie się w sprawach urzędowych w imieniu osoby objętej usługą	
4.	towarzyszenie na spacerach	
5.	Informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych	
6.	odwiedziny w szpitalu	

Okres objęcia wsparciem od ……...do ……

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

Odpłatność za usługi:

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

☐**bezpłatnie** ☐**za odpłatnością**

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

…… zł (słowie: ..…… złotych).

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

(słowie:…….. złotych).

…… ……

(miejscowość, data) *(podpis pracownika socjalnego)*

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

…… ……

(miejscowość, data) *(podpis osoby niesamodzielnej/ opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej*)*

* niewłaściwe skreślić

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

Załącznik nr 10
Do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”.

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

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

zawarty w dniu …… w ……. pomiędzy:

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

……
a

……..….. (*imię i nazwisko),*

PESEL nr ……..,

zamieszkały/-ła …….

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

……
(imię i nazwisko opiekuna prawnego/faktycznego osoby niesamodzielnej)*
a
……
(*imię i nazwisko/dane podmiotu)* świadczącą/-cym usługi opiekuńcze na rzecz osoby niesamodzielnej zwanym dalej „**Wykonawcą usług opiekuńczych”.**

§ 1.

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

§ 2.

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

3. Usługi opiekuńcze będą świadczone w okresie od…….…… do ……..
4. Katalog świadczonych usług opiekuńczych na rzecz osoby niesamodzielnej wymieniono, w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki, o którym mowa w ust. 2.
5. Liczba przyznanych godzin świadczonych usług opiekuńczych w danym miesiącu wynosi …….. (słownie: ……..……..).

§ 3.

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

§ 4.

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

§ 5.

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

§ 6.

1. Świadczone usługi opiekuńcze podlegają indywidualnemu dokumentowaniu, monitoringowi i okresowej ewaluacji.
2. Realizacja usług opiekuńczych dokumentowana jest w formie papierowej za pomocą **dziennika usług opiekuńczych** i karty czasu pracy Wykonawcy usług opiekuńczych.

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

§ 7.

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

§ 8.

1. Kontrakt trójstronny może zostać zmieniony, jeśli w wyniku przeprowadzonego monitoringu i ewaluacji stwierdzono, że zmiana taka jest konieczna w celu prawidłowego wykonania postanowień kontraktu.
2. W przypadku, gdy ze względu na pogorszenie stanu zdrowia osoby niesamodzielnej, usługi opiekuńcze nie będą mogły być realizowane kontrakt trójstronny zostanie rozwiązany na mocy porozumienia stron lub jednostronnego oświadczenia Podmiotu realizującego usługi opiekuńcze lub osoby niesamodzielnej.
3. Podmiot realizujący usługi opiekuńcze może zmienić postanowienia kontraktu trójstronnego w sytuacji zmiany wynikającej ze zmiany Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
4. W sytuacji zmiany postanowień określonych w ust. 3, zostanie zawarty aneks do kontraktu trójstronnego.
5. W sytuacji braku zgody osoby niesamodzielnej na zawarcie stosownego aneksu kontrakt trójstronny ulega rozwiązaniu w terminie 14 dni od dnia otrzymania aneksu.

§ 9.

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

§ 10.

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

§ 11.

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

Załączniki:

1. Indywidualny Plan Wsparcia i Opieki[5]
2. Harmonogram realizacji usług opiekuńczych.
3. Indywidualny plan wsparcia i pracy.
4. Dziennik usług opiekuńczych.

Caritas Diecezji Kieleckiej ……..

Uczestnik projektu ……..
- osoba niesamodzielna
/opiekun prawny/faktyczny

Wykonawca usług opiekuńczych ……..

”

[5] Wzór IPWiO zawarto w Załączniku nr 9 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie

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

Wzór

HARMONOGRAM REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

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

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

Łącznie liczba zrealizowanych godzin usług opiekuńczych: ……

……
(data i podpis Wykonawcy)

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

Wzór

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I PRACY Z OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej	
Adres zamieszkania osoby niesamodzielnej	
Dane wykonawcy usługi opiekuńczej	
Cel realizacji planu	

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

……

(data i podpis osoby reprezentującej Podmiot świadczący usługi opiekuńcze

……

(data i podpis osoby niesamodzielnej/ opiekuna faktycznego)*

……

(data i podpis Wykonawcy usług opiekuńczych)

*niepotrzebne skreślić

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

Wzór

DZIENNIK CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej	
Adres zamieszkania osoby niesamodzielnej	
Dane wykonawcy usług opiekuńczych	
Dane pracownika socjalnego	

Data	Rodzaj wykonanej czynności	Uwagi, spostrzeżenia, wnioski, informacje dot. kontaktów, wizyt	Podpis osoby dokonującej wpisu

Załącznik nr 11
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”.

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

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

zawarty w dniu …… w ……. pomiędzy:

Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-13 Kielce, KRS 0000198087, NIP 657-038-94-52, REGON: 290505494, zwanym dalej **„Podmiotem realizującym sąsiedzkie usługi opiekuńcze”,** reprezentowanym przez
……
a
……..….. (*imię i nazwisko),*
PESEL nr ……..,
zamieszkały/-ła …….
zwanym dalej **„osobą niesamodzielną”** reprezentowaną przez ……...
……
(imię i nazwisko opiekuna prawnego/faktycznego osoby niesamodzielnej)*
a
……
(*imię i nazwisko/dane podmiotu)* świadczącą/-cym sąsiedzkie usługi opiekuńcze na rzecz osoby niesamodzielnej zwanym dalej „**Wykonawcą sąsiedzkich usług opiekuńczych”.**

§ 1.

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

§ 2.

6. Podmiot realizujący sąsiedzkie usługi opiekuńcze zleca wykonanie Wykonawcy sąsiedzkich usług opiekuńczych, na rzecz wskazanej osoby niesamodzielnej, usług sąsiedzkich świadczonych w miejscu zamieszkania.
7. Zakres sąsiedzkich usług opiekuńczych został określony po przeprowadzaniu Rozszerzonej Oceny Materialno-Życiowej osoby niesamodzielnej i sporządzeniu **Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki**, który stanowi **złącznik nr 1** do niniejszego kontraktu trójstronnego.
8. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze będą świadczone w okresie od……..…… do …….. .
9. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze będą świadczone w zależności od potrzeb osoby niesamodzielnej, nie rzadziej niż jeden raz na dobę, w ciągu dnia. W nagłych przypadkach usługi mogą być świadczone w nocy (np. nagłe zachorowanie lub złe samopoczucie).
10. Wykonawca sąsiedzkich usług opiekuńczych zobowiązuje się stałego kontaktu z podopiecznym.
11. Katalog świadczonych sąsiedzkich usług opiekuńczych na rzecz osoby niesamodzielnej wymieniono w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki, o którym mowa w ust. 2.

12. Liczba przyznanych godzin świadczonych usług sąsiedzkich w danym miesiącu wynosi …….. (słownie: ……..……..).
13. Zakres obowiązków osoby wykonującej sąsiedzkie usługi opiekuńcze określono w **Zakresie czynnośc**i. Zakres czynności stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego kontraktu.

§ 3.

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

§ 4.

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

§ 5.

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

§ 6.

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

§ 7.

6. Kontrakt trójstronny może zostać zmieniony, jeśli w wyniku przeprowadzonego monitoringu i ewaluacji stwierdzono, że zmiana taka jest konieczna w celu prawidłowego wykonania postanowień kontraktu.
7. W przypadku, gdy ze względu na pogorszenie stanu zdrowia osoby niesamodzielnej, sąsiedzkie usługi opiekuńcze nie będą mogły być realizowane kontrakt trójstronny zostanie rozwiązany na mocy porozumienia stron lub jednostronnego oświadczenia Podmiotu realizującego sąsiedzkie usługi opiekuńcze lub osoby niesamodzielnej.
8. Podmiot realizujący sąsiedzkie usługi opiekuńcze może zmienić postanowienia kontraktu trójstronnego w sytuacji zmiany wynikającej ze zmiany *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”*.
9. W sytuacji zmiany postanowień określonych w ust. 3, zostanie zawarty aneks do kontraktu trójstronnego.
10. W sytuacji braku zgody osoby niesamodzielnej na zawarcie stosownego aneksu kontrakt trójstronny ulega rozwiązaniu w terminie 14 dni od dnia otrzymania aneksu.

§ 8.

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

§ 9.

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

§ 10.

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

Załączniki:
1. Indywidualny Plan Wsparcia i Opieki[6].
2. Zakres czynności.
3. Wzór Harmonogramu zrealizowanych usług sąsiedzkich.

Caritas Diecezji Kieleckiej ……

Uczestnik projektu
- osoba niesamodzielna
/opiekun prawny/faktyczny ……..

Wykonawca usług sąsiedzkich ……

[6] Wzór IPWiO zawarto w Załączniku nr 9 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie

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

ZAKRES CZYNNOŚCI
ŚWIADCZENIA SĄSIEDZKICH USŁUG OKIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko:
……

Adres zamieszkania:
……

Miejsce wykonania pracy/ zlecenia:
……

Wykonawca usług sąsiedzkich zobowiązuje się do:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……
6. ……

Niniejszy zakres obowiązków jest integralna częścią kontraktu trójstronnego zawartego w dniu ……

…… ……

(podpis Wykonawcy usługi sąsiedzkiej)

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Realizator sąsiedzkich usług opiekuńczych)

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

Wzór

HARMONOGRAM ZREALIZOWANYCH USŁUG SĄSIEDZKICH

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

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

Łącznie liczba zrealizowanych godzin usług sąsiedzkich: …… .

……
(data i podpis Wykonawcy)

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

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

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

PESEL: ……
(nr PESEL)

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

Powód rezygnacji:

……

……

……

……

…… ……
(miejscowość, data) *(czytelny podpis uczestnika projektu*)*

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

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

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

UZASADNIENIE

……
……
……
……
……
……
……
……

…… ……..……

(miejscowość, data) *(podpis osoby upoważnionej przez przeprowadzającej OMŻ)*

Potwierdzam odbiór

…… ……..… ……..

(miejscowość, data) *(czytelny podpis osoby niesamodzielnej/ opiekuna faktycznego/prawnego)*

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