



UMOWA Nr

zawarta w dniu 2020 roku pomiędzy
„Zamawiającym”
a
„Wykonawcą”

Umowę zawiera się na podstawie Programu „*Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*” – edycja 2019 – 2020, którego podstawą prawną jest art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. poz. 2192 oraz z 2019 r. poz. 1622 i 1696), zwanego dalej Programem.

§1

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na rzecz uczestnika/-ów programu – zamieszkałego, zwanego dalej uczestnikiem.
2. Usługi asystenta w szczególności będą polegać na pomocy uczestnikowi w:
 - 1) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/ sportowe itp.);
 - 2) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;
 - 3) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
 - 4) załatwieniu spraw urzędowych;
 - 5) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
 - 6) korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy itp.).

§2

1. Umowa zostaje zawarta na czas – od jej podpisania do 31 grudnia 2020 roku.
2. Czas trwania usług asystenta:
 - a) limit godzin usług asystenta wynosi **nie więcej niż 30 godzin miesięcznie**
 - b) usługi asystenta mogą być realizowane przez 7 dni w tygodniu, w godz. 7:00 – 22:00, w uzasadnionych przypadkach godziny wykonywania usług mogą zostać zmienione.
3. Asystent ma obowiązek uwzględniania decydującego wpływu uczestnika programu na podejmowane działania.
4. Pod opieką asystenta w tym samym czasie będzie pozostawać tylko jeden uczestnik Programu.
5. Zamawiający nie przewiduje możliwości finansowania kosztów zakupu biletów komunikacji publicznej, ani żadnych innych kosztów przejazdu/dojazdu, które dotyczą realizacji usług w ramach Programu.
6. Asystent ma obowiązek comiesięcznego wypełniania „Karty realizacji usług asystenckich w ramach programu „*Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*” dla odrębnie uczestnika, o którym/-ch mowa w § 1 ust. 1 i dostarczenia jej/ich do siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu w terminie 7 dni od zakończenia miesiąca. Wzór karty stanowi załącznik do niniejszej umowy.

§3

1. Usługi asystenta finansowane będą ze środków Programu.
2. Wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy, o którym mowa § 2 wynosi brutto za jedną godzinę zegarową pracy.
3. Za każdy miesiąc świadczenia usług Asystentowi będzie przysługiwało wynagrodzenie w wysokości wynikającej z iloczynu liczby godzin faktycznie świadczonych usług, które zostały udokumentowane na „Karcie realizacji usług asystenckich w ramach programu „*Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*” i stawki godzinowej, o której mowa w ust. 2.
4. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 3 wypłacane będzie przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w rachunku lub innym odrębnym dokumencie, w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionego rachunku/faktury.



5. Podstawą wypłaty wynagrodzenia będzie prawidłowo wystawiony rachunek/faktura, który należy przekazać Zamawiającemu w terminie 7 dni od zakończenia miesiąca, za który przysługuje wynagrodzenie oraz karta/-y realizacji usług asystenckich, o której mowa w § 2 ust. 4.
6. Wynagrodzenie za miesiąc grudzień, za zgodą Zamawiającego może zostać wypłacone do dnia 20 grudnia na podstawie prawidłowo wystawionego przez Wykonawcę rachunku, przekazanego Zamawiającemu do 15 grudnia 2020 roku.

§ 4

Zamawiający zapewni Asystentowi ubezpieczenie OC z tytułu świadczonych usług.

§ 5

Wykonawca oświadcza, że posiada niezbędne kwalifikacje w celu wywiązania się z umowy.

§ 6

Zmiany umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8

1. W celu prawidłowego wykonania przez Zleceniobiorcę obowiązków wynikających z niniejszej Umowy i wyłącznie w zakresie niezbędnym dla wykonania przez Zleceniobiorcę takich obowiązków, Zleceniodawca powierza Zleceniobiorcy możliwość przetwarzania danych osobowych na zasadach określonych w odrębnej umowie powierzenia przetwarzania danych osobowych.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się w czasie trwania umowy i po jej rozwiązaniu lub wygaśnięciu do zachowania w tajemnicy informacji, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.

§ 9

Umowa niniejsza została zawarta w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Zleceniodawca, jeden Zleceniobiorca.

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:



Załącznik do umowy

Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

Karta realizacji usług asystenckich Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Imię i nazwisko asystenta:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich w okresie od do.....

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj usługi*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu r.
wyniosła godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów komunikacji publicznej, w związku z realizacją usług
asystenckich wyniosła w miesiącu szt. , o wartości zł.

.....
Data i podpis asystenta

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich.

.....
Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Należy wskazać miejsce realizacji usług asystenckich, np. w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania (np. wizyta w miejscowości zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości).