Załącznik nr 1 do Zarządzenia

Nr 2/2023 Kierownika Gminnego Ośrodka

Pomocy Społecznej w Kołaczycach z dnia 01.02.2023 r.

REGULAMIN ŚWIADCZENIA USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH W RAMACH

PROGRAMU OSŁONOWEGO „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2023 W GMINIE KOŁACZYCE

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

1. Niniejszy Regulamin świadczenia usług teleopieki, zwany dalej „Regulaminem”, określa zasady i warunki przyznawania przez Gminę Kołaczyce usług teleopieki na rzecz osób przystępujących do Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów”.
2. Świadczenie usług teleopieki odbywa się nieodpłatnie na podstawie umowy zawartej z uczestnikiem Projektu na okres od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2023 r.

**§ 2**

**Definicje**

Użyte w Regulaminie pojęcia oznaczają:

**Projekt** - oznacza Program Osłonowy „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023;

**Uczestnik** - osoba, która została zakwalifikowana do Projektu zgodnie z zasadami określonymi w ramach niniejszego Regulaminu.

**§ 3**

**Pomoc świadczona w zakresie Projektu**

1. W ramach Projektu świadczone będą usługi teleopieki, czyli całodobowy domowy system wsparcia Uczestników przez teleopiekunów, którzy będą pracować w centrum teleopieki w pełnej gotowości do odebrania sygnału alarmowego od Uczestnika.
2. Uczestnicy otrzymają nieodpłatnie monitorującą stan zdrowia opaskę na nadgarstek z przyciskiem SOS z możliwością połączenia głosowego z centrum teleopieki wraz z instrukcją obsługi i kartą SIM.
3. Po otrzymaniu sygnału, teleopiekunowie organizują pomoc adekwatną do zaistniałej sytuacji, dotyczącej danego Uczestnika.
4. Opaska monitorująca stan zdrowia Uczestnika wyposażona jest w przycisk SOS z możliwością połączenia z centrum teleopieki oraz dodatkowe funkcje, w tym detektor upadku oraz lokalizator GPS.
5. Opaska monitorująca stan zdrowia jest własnością Gminy Kołaczyce i będzie użyczona Uczestnikowi na podstawie umowy o świadczenie usług teleopieki, której wzór stanowi *załącznik nr 5* do Regulaminu.
6. Osoby, które przystąpiły do Projektu w roku 2022 i chcą kontynuować udział w Projekcie w 2023 roku mogą to zrobić na podstawie aneksu do umowy o świadczenie usług teleopieki, którego wzór stanowi *załącznik nr 4* do Regulaminu.
7. Warunkiem objęcia Uczestnika Projektu całodobową teleopieką przez centrum teleopieki jest dostępność sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania Uczestnika, noszenie przez Uczestnika opaski monitorującej stan zdrowia na nadgarstku i zapewnienie w sposób nieprzerwany właściwego poziomu naładowania baterii.
8. Opaska monitorująca stan zdrowia służy do natychmiastowego poinformowania teleopiekuna za pomocą przycisku SOS w celu wezwania pomocy, w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa Uczestnika. Urządzenie łączy się z pracownikami centrum teleopieki, do których zadań należy udzielanie Uczestnikowi należytej pomocy – adekwatnej do zaistniałej sytuacji, w tym do informowania osób wskazanych do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy Uczestnikowi oraz wezwania pogotowia ratunkowego lub innych służb ratunkowych – w przypadku zajścia takiej konieczności.
9. W ramach Projektu Uczestnik będzie miał zapewnione:
	1. podłączenie opaski monitorującej zdrowie do systemu teleopieki oraz całodobową możliwości łączności z centrum teleopieki z zastrzeżeniem spełnienia warunków, o których mowa w ust. 6 niniejszego paragrafu;
	2. przeszkolenie grupowe lub indywidualne w zakresie obsługi opaski monitorującej stan zdrowia oraz prezentację działania systemu teleopieki;
	3. całodobowy monitoring i rejestrację sygnałów alarmowych;
	4. możliwość kontaktu z pracownikami centrum teleopieki w sytuacji zajścia takiej konieczności, a w szczególności w sytuacjach zagrożenia zdrowia, życia lub złego samopoczucia Uczestnika.

**§ 4**

**Warunki uczestnictwa w Projekcie**

1. Projekt skierowany jest do osób wymagających wsparcia, których stan zdrowia może powodować zagrożenie życia, zdrowia lub bezpieczeństwa.
2. Uczestnikiem Projektu może zostać tylko osoba spełniająca łącznie następujące warunki:
	1. posiada miejsce zamieszkania na terenie Gminy Kołaczyce;
	2. ukończyła 65 rok życia;
	3. jest osobą zdrową psychicznie i rozumie zasady przeznaczenia oraz działania powierzonego urządzenia;
	4. posiada problemy związane z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia (m.in. spożywaniem posiłków, przemieszczaniem się z łóżka na krzesło i z powrotem, poruszaniem się po powierzchniach płaskich, wchodzeniem i schodzeniem po schodach, korzystaniem z toalety (WC), myciem i kąpielą całego ciała, ubieraniem się i rozbieraniem).
3. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w ust. 2 przez większą liczbę osób aniżeli liczba, o której mowa w § 6 ust. 1 Regulaminu zakwalifikowanie danej osoby do Projektu przysługuje osobom ubiegającym się o uczestnictwo według **zasad pierwszeństwa.**

**§ 5**

**Warunki rozpoczęcia wsparcia**

Warunkiem rozpoczęcia wsparcia jest:

1. zawarcie przez Uczestnika umowy o świadczenie usług teleopieki, której wzór stanowi *załącznik nr 5* do Regulaminu oraz dostarczenie dokumentów niezbędnych do objęcia Uczestnika usługą teleopieki wynikających z wyżej wymienionej umowy lub podpisanie aneksu do umowy o świadczenie usług teleopieki zawartej w 2022 r., którego wzór stanowi *załącznik nr 4* do Regulaminu
2. zapoznanie się Uczestnika z instrukcją obsługi przekazanego urządzenia i stosowanie się do tejże instrukcji.

**§ 6**

**Zasady naboru do Projektu**

1. W ramach realizacji Projektu usługami teleopieki zostanie objętych nie mniej niż 37 osób.
2. Warunkiem uczestnictwa w procesie naboru jest poprawne wypełnienie i dostarczenie do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach dokumentów zgłoszeniowych, o których mowa w ust. 3. Za datę złożenia dokumentów zgłoszeniowych, o których mowa w ust. 3, przyjmuje się datę ich złożenia przez osobę ubiegającą się o uczestnictwo w Projekcie w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kołaczycach.
3. Osoby ubiegające się po raz pierwszy o uczestnictwo w Projekcie, po zapoznaniu się z Regulaminem, składają w terminie, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, następujące dokumenty zgłoszeniowe:
	1. wniosek o przystąpienie do Projektu według wzoru, stanowiącego *załącznik nr 1* do Regulaminu;
	2. oświadczenie o rejestrowaniu i rozpowszechnianiu wizerunku, stanowiące *załącznik nr 2* do Regulaminu.
	3. klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, stanowiącą *załącznik nr 3* do Regulaminu;
4. Termin składania dokumentów, określonych w ust. 3 niniejszego paragrafu, zostanie ustalony przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach i podany do wiadomości publicznej poprzez stronę internetową Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej: www.kolaczyce.naszops.pl, Facebook Gminy Kołaczyce oraz w ramach ogłoszeń duszpasterskich w Kościołach w Gminie Kołaczyce.
5. Dokumenty, wskazane w ust. 3 niniejszego paragrafu, dostępne są w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kołaczycach, na stronie internetowej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej: www.kolaczyce.naszops.pl oraz na stronie internetowej Gminy Kołaczyce. W przypadku złożenia dokumentów przez przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika należy dostarczyć stosowne upoważnienie.
6. Dokumenty zgłoszeniowe składane w formie kserokopii powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem na dzień złożenia wniosku przez wnioskodawcę.
7. Dokumenty zgłoszeniowe muszą być wypełnione czytelnie, na właściwym formularzu zgłoszenia, w języku polskim i podpisane we wszystkich wskazanych miejscach.
8. Złożenie dokumentów zgłoszeniowych nie jest równoznaczne z przyjęciem do udziału w Projekcie. O zakwalifikowaniu osoby do udziału w Projekcie decyduje spełnianie kryteriów uczestnictwa określonych w §4 ust. 2 Regulaminu oraz zasady pierwszeństwa, o których mowa w §4 ust. 3 Regulaminu.
9. Uczestnicy Projektu zostaną wyłonieni przez Komisję Kwalifikacyjną w składzie:
	* 1. Magdalena Biernacka - Przewodniczący
		2. Elżbieta Rączka - Członek Komisji
		3. Teresa Lenart - Członek Komisji
10. Komisja Kwalifikacyjna kwalifikuje Uczestników do Projektu według zasad określonych w §4 i niniejszym paragrafie Regulaminu.
11. Komisja Kwalifikacyjna dokonuje weryfikacji formalnej polegającej na sprawdzeniu kompletności złożonych dokumentów aplikacyjnych wymienionych w ust. 3 niniejszego paragrafu oraz sprawdzeniu, czy:
	* 1. dokumenty zostały złożone w terminie określonym w ust. 4 niniejszego paragrafu,
		2. dokumenty są zgodne z wymaganymi wzorami,
		3. dokumenty zostały podpisane w wymaganych miejscach przez uprawnione osoby,
		4. dokumenty składane w kserokopii zostały potwierdzone za zgodność z oryginałem na dzień złożenia wniosku przez wnioskodawcę.
12. W przypadku stwierdzenia, że dokumenty zgłoszeniowe nie spełniają wymogów formalnych, Komisja Kwalifikacyjna telefonicznie wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia braku formalnego w terminie 3 dni od dnia telefonicznego wezwania, pod rygorem odrzucenia wniosku. Do telefonicznego wezwania wnioskodawcy w imieniu Komisji Kwalifikacyjnej uprawniony jest każdy z członków Komisji.
13. W przypadku nieuzupełnienia braku wniosku w terminie, o którym mowa w ust. 12 wniosek podlega odrzuceniu przez Komisję Kwalifikacyjną. W przypadku zaś podjęcia przez Komisję Kwalifikacyjną trzech bezskutecznych prób kontaktu telefonicznego z wnioskodawcą, w różnych porach dnia, udział tej osoby w procesie naboru uznaje się za zakończony.
14. Po zakończeniu weryfikacji formalnej Komisja Kwalifikacyjna dokonuje oceny kwalifikowalności do Projektu, zgodnie z warunkami uczestnictwa, o których mowa w §4 ust. 2 oraz kolejności określonej w §4 ust. 3.
15. W przypadku wątpliwości związanych z warunkami uczestnictwa, Komisja poprzez reprezentujących ją pracowników socjalnych może dokonywać wizyty w środowisku zamieszkania wnioskodawcy lub może wymagać zaświadczenia o stanie zdrowia wystawione przez lekarza POZ.
16. Po przeprowadzeniu naboru Komisja Kwalifikacyjna sporządza listę osób zakwalifikowanych do Projektu oraz listę osób rezerwowych.
17. Osoby z listy rezerwowej zostaną zakwalifikowane do Projektu według zasad, o których mowa w §4 Regulaminu.
18. W przypadku nie wyłonienia grupy docelowej Uczestników, braku Uczestników na liście rezerwowej lub rezygnacji bądź innych okoliczności uniemożliwiających udział w Projekcie, Komisja Kwalifikacyjna będzie przeprowadzać nabory uzupełniające według zasad określonych w Regulaminie.
19. Informacja na temat zakwalifikowania do Projektu z informacją na temat miejsca i terminu podpisania umowy, przeprowadzenia szkolenia oraz wydania opaski monitorującej stan zdrowia zostanie przekazana Uczestnikowi telefonicznie.
20. Niedopuszczalne jest wielokrotne składanie formularzy naboru dotyczących tej samej osoby. W przypadku, gdy jedna osoba złoży więcej niż jeden wniosek, ważność zachowuje wyłącznie pierwszy wniosek złożony przez taką osobę, zgodnie z kolejnością zgłoszeń.
21. Dokumenty zgłoszeniowe wskazane w ust. 3 niniejszego paragrafu będą przetwarzane i archiwizowane w postaci papierowej w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.
22. Dane osobowe Uczestnika nie będą przetwarzane do innych celów niż te, które wynikają z realizacji Projektu.
23. Z osobami, które zostały zakwalifikowane do Projektu zostanie podpisana umowa o świadczenie usług teleopieki, której wzór stanowi *załącznik nr 5* do Regulaminu.

**§ 7**

**Obowiązki Uczestnika Projektu**

1. Obowiązkiem uczestnika jest zawarcie umowy o świadczenie usług teleopieki, której wzór stanowi *załącznik nr 5* do Regulaminu lub podpisanie aneksu do umowy o świadczenie usług teleopieki zawartej w 2022 r., którego wzór stanowi *załącznik nr 4* do Regulaminu.
2. Uczestnik odpowiada za przekazaną mu do używania opaskę monitorującą stan zdrowia. W przypadku jej utraty lub uszkodzenia Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołaczycach, nie później niż w terminie 3 dni od momentu utraty lub uszkodzenia.
3. Uczestnik ponosi odpowiedzialność za uszkodzenia wynikłe z korzystania z urządzenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub właściwościami, lub w inny sposób sprzeczny z umową o świadczenie usług teleopieki, której wzór stanowi *załącznik nr 5* do Regulaminu i zobowiązany jest do pokrycia wszelkich kosztów związanych z naprawą urządzenia.
4. W przypadku utraty lub uszkodzenia w sposób trwały urządzenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia, chyba że do utraty lub ww. uszkodzenia doszło z przyczyn, za które Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności.
5. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za używaną opaskę monitorującą stan zdrowia, jeżeli do jej uszkodzenia doszło w następstwie działania siły wyższej (przez którą rozumie się zdarzenia zewnętrzne niemożliwe do zapobieżenia i przewidzenia, takie jak np. wojna, klęska żywiołowa, strajk, zamieszki uliczne) lub w przypadku awarii opaski spowodowanej wadą ukrytą urządzenia.

**§ 8**

**Postanowienia końcowe**

1. Gmina Kołaczyce nie ponosi odpowiedzialności za szkody materialne i niematerialne związane ze świadczeniem usług teleopieki na rzecz Uczestników Projektu.
2. Gminie Kołaczyce przysługuje prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie. Zmiany Regulaminu mogą być dokonywane wyłącznie z zachowaniem przepisów Regulaminu.

**Załączniki:**

Załącznik Nr 1 - Wniosek o przystąpienie do Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2023

Załącznik Nr 2 – Oświadczenie o rejestrowaniu i rozpowszechnianiu wizerunku w ramach realizacji Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce

Załącznik Nr 3 - Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przy realizacji Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce

Załącznik Nr 4 – Aneks do umowy o świadczenie usług teleopieki w ramach realizacji Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce zawartej w 2022 r.

Załącznik Nr 5 – Umowa o świadczenie usług teleopieki w ramach realizacji Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce

 Załącznik nr 1 do regulaminu świadczenia usług

 teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

 „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

Kołaczyce, dnia…………………………

………………………………..…..

 Imię i nazwisko

…………………………….……...

 Adres zamieszkania

……………………………………

 PESEL

……………………………………

 Nr telefonu

**Wniosek o przystąpienie do Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2023**

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć przystąpienia do Programu Osłonowego **„Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2023**

**Oświadczam, że:**

1. Zamieszkuję pod adresem wskazanym w niniejszym wniosku na terenie Gminy Kołaczyce.
2. Ukończyłam/łem 65 rok życia.
3. Posiadam problemy związane z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia (właściwe zaznaczyć):
	* spożywanie posiłków;
	* przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem;
	* poruszanie się po powierzchniach płaskich;
	* wchodzenie i schodzenie po schodach;
	* korzystanie z toalety (WC);
	* mycie i kąpiel całego ciała;
	* ubieranie się i rozbieranie;
	* inne (jakie?) …………………………………………………………………………
4. Oświadczam, że (właściwe zaznaczyć):
* prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe;
* mieszkam z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia.
1. Oświadczam, że jestem osobą zdolną do obsługi alarmowego przycisku znajdującego się na urządzeniach do „opieki na odległość”.
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń, a także zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach mających wpływ na prawidłową realizację usługi „opieki na odległość”.
3. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z zasadami określonymi w Programie Osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2023.

……………………………………………………

 podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

 Załącznik nr 2 do regulaminu świadczenia usług

 teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

 „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

Kołaczyce, dnia…………………………

………………………………………….

 Imię i nazwisko

**Oświadczenie**

W związku z moim uczestnictwem w Programie Osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2023, wyrażam zgodę[[1]](#footnote-1) na bezpłatne rejestrowanie mojego wizerunku oraz jego rozpowszechnianie w przestrzeni publicznej w celach informacyjnych oraz promujących cele Programu.

Oświadczam, iż[[2]](#footnote-2):

* **wyrażam zgodę nie wyrażam zgody**

na wykorzystanie mojego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć i filmów z opisem w przestrzeni publicznej, tj.: stronach internetowych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach.

* **wyrażam zgodę nie wyrażam zgody**

na wykorzystanie mojego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć i filmów z opisem na portalu Facebook tj. fanpage'u Gminy Kołaczyce.

* **wyrażam zgodę nie wyrażam zgody**

na wykorzystanie mojego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć i filmów z opisem w przestrzeni publicznej, tj.: stronach internetowych Gminy Kołaczyce.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołaczycach jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołaczycach**, zwany dalej: „Administratorem”. Kontakt do Administratora: tel. **13 4460530**, e-mail: gopskolaczyce@interia.pl. **Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@radram.pl**
2. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO - udzielona zgoda.
3. Każda osoba czyjej dane są przetwarzane posiada prawo żądania: dostępu do swoich danych, ich sprostowania i usunięcia a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień.
4. Przetwarzanie danych będzie odbywać się przez okres nie dłuższy niż do wykonania wskazanych celów, wycofania zgody, a w przypadku działań promujących - nie dłużej niż 10 lat.
5. Odbiorcami danych mogą być podmioty które na podstawie przepisów prawa uzyskują do nich dostęp, odbiorcami mogą być podmioty określone w treści zgody.
6. Istnieje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Osoba, która uważa, że jej prawa i wolności zostały naruszone poprzez nieprawidłowe przetwarzanie danych osobowych ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych w Warszawie.
8. Administrator nie przekazuje danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych. Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji oraz czynności profilowania wobec powyższych danych.

……………………………………………………

 podpis

 Załącznik nr 3 do regulaminu świadczenia usług

 teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

 „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przy realizacji Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce**

podstawa prawna art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołaczycach jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołaczycach**, zwany dalej: „Administratorem”. Kontakt do Administratora: tel. **13 4460530**, e-mail: gopskolaczyce@interia.pl. **Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@radram.pl**
2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu zapewnienia dostępu do pomocy w formie nowoczesnego systemu opieki w warunkach domowych (tzw. „opieki na odległość”).
3. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, e oraz art. 9 ust. 2 lit. b, g RODO – tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z realizacji programu „Korpus Wsparcia Seniorów” - Moduł II dla mieszkańców Gminy Kołaczyce na rok 2022”, na podstawie: ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.).
4. Przystąpienie do programu jest dobrowolne co jest jednoznaczne z dobrowolnością podania danych osobowych. Podanie danych staje się niezbędne, w przypadku zgłoszenia się do Programu. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w Programie.
5. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne do osiągnięcia celu oraz przez okres wymagany kategoria archiwalną B5 tj. 5 lat licząc od roku następującego po roku zakończenia wsparcia.
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być m.in.: Poczta Polska S.A. w przypadku prowadzenia korespondencji, podmiot z którym zostanie zawarta umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych w celu sprawowaniu całodobowej opieki nad seniorami przez centrum monitoringu, podmioty lub osoby świadczące dla Administratora usługi prawne, informatyczne oraz organy publiczne i inni odbiorcy legitymujący się podstawą prawną do uzyskania danych osobowych, odbiorca danych może być również Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Wojewoda Podkarpacki. Szczegółowe dane dotyczące odbiorców można uzyskać kontaktując się z Administratorem.
7. Dane nie są przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje żądanie następujących uprawnień: dostępu do danych osobowych; żądania sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych - w przypadku gdy ustała podstawa do ich przetwarzania, dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem, dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa; żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych - w przypadku, gdy: osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych, przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia, Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów.
9. W przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
10. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

……………………..………………………………….

data, podpis

Załącznik nr 4 do regulaminu świadczenia usług

 teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

 „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

**ANEKS**

do Umowy z dnia ………………. nr ………

dot. świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 w Gminie Kołaczyce

zawarty w dniu ……………..……….

pomiędzy:

**Gminą Kołaczyce / Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w Kołaczycach przy ul. Burmistrza Wiejowskiego 1, 38-213 Kołaczyce, zwanym dalej „Ośrodkiem”, który reprezentuje:**

Pani Danuta Pachana – Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach

**a Panią/Panem**: …………………………………………………………………………...……

zamieszkałą/ym ………………………………………………………………………………… PESEL: …….……………………………………………………………………………………

**§1**

Strony zgodnie postanawiają wprowadzić następujące zmiany w Umowie z dnia ….…………….…… nr ……… dot. świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022 w Gminie Kołaczyce:

1. §3 ust. 1 aneksowanej umowy otrzymuje brzmienie:

„Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia ………………..…... do dnia 31 grudnia 2023 r.”

**§2**

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2023 r.

**§3**

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

………………………………………… ………………………………………………

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy/Pełnomocnik

Załącznik nr 5 do regulaminu świadczenia usług

 teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

 „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

**Umowa Nr ….**

**o świadczenie usług teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce**

zawarta w dniu …………... 2023 roku

pomiędzy :

**Gminą Kołaczyce / Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w Kołaczycach przy ul. Burmistrza Wiejowskiego 1, 38-213 Kołaczyce, zwanym dalej „Ośrodkiem”, który reprezentuje:**

Pani Danuta Pachana – Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach

**a Panią/Panem**: …………………………………………………………………………...……

zamieszkałą/ym ………………………………………………………………………………… PESEL: …….……………………………………………………………………………………

zwaną/ym dalej „Uczestnikiem"

W związku z zakwalifikowaniem Uczestnika do udziału w Programie Osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce zwanym dalej Programem, Strony postanawiają zawrzeć niniejszą Umowę o następującej treści:

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest bezpłatne świadczenie przez Ośrodek usług teleopiekuńczych na rzecz Uczestnika wraz z przekazaniem do wyłącznego bezpłatnego używania monitorującej stan zdrowia opaski na nadgarstek wraz z instrukcją obsługi, ładowarką oraz kartą SIM, zwaną dalej „Urządzeniem".
2. Wartość Urządzenia wynosi ............................... zł.
3. Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność Ośrodka, a Uczestnik nie ma prawa swobodnie nim dysponować.

**§ 2**

Uczestnik oświadcza, że:

1. nie ma żadnych przeciwskazań medycznych do korzystania przez niego z usług teleopiekuńczych;
2. wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Programu, a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne;
3. zapoznał się z postanowieniami Regulaminu świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie te postanowienia oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

**§ 3**

1. Niniejsza Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ………….. 2023 r. do dnia 31 grudnia 2023 r.
2. Przekazanie Urządzenia potwierdzone będzie Protokołem Zdawczo – Odbiorczym cz. I, którego wzór stanowi *załącznik nr 1* do niniejszej Umowy.

**§ 4**

1. W celu prawidłowej realizacji usług teleopiekuńczych Uczestnik zobowiązuje się do:
	1. wypełnienia Karty Informacyjnej Pacjenta, dotyczącej w szczególności stanu zdrowia Uczestnika i dostarczenia ich do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach, w terminie 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy, której wzór stanowi odpowiednio *załącznik nr 2* Umowy;
	2. dostarczenia do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach w terminie 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy oświadczenia osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki o obowiązku zwrotu Urządzenia w przypadku śmierci Uczestnika lub w przypadku braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika, którego wzór stanowi *załącznik nr 3* do niniejszej umowy;
	3. korzystania z Urządzenia w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i właściwościami oraz postanowieniami niniejszej Umowy, w tym zgodnie z instrukcją obsługi Urządzenia, jak również dbania o stan fizyczny powierzonego Urządzenia z zachowaniem należytej staranności oraz utrzymania Urządzenia w należytym stanie technicznym;
	4. nieusuwania lub niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Urządzeniu. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z Urządzenia skutkować będzie pozbawieniem go możliwości kontaktu z centrum teleopieki, a w konsekwencji brakiem możliwości udzielenia mu pomocy;
	5. niewykorzystywania Urządzenia do wykonywania połączeń z centrum teleopieki w sytuacjach nie wymagających udzielenia Uczestnikowi pomocy, a w szczególności nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia, życia lub bezpieczeństwa Uczestnika.
2. W przypadku utraty lub uszkodzenia Urządzenia Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołaczycach. Za uszkodzenia powstałe z powodu korzystania przez Uczestnika z Urządzenia w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem lub właściwościami, lub w inny sposób sprzeczny z niniejszą umową, a w szczególności w sposób niezgodny z instrukcją obsługi Uczestnik ponosi pełną odpowiedzialność, w tym zobowiązany jest do pokrycia wszelkich kosztów związanych z naprawą Urządzenia.
3. W przypadku utraty lub uszkodzenia w sposób trwały Urządzenia Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia, chyba że do utraty lub ww. uszkodzenia doszło z przyczyn, za które Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności.
4. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za używaną opaskę monitorującą stan zdrowia, jeżeli do jej uszkodzenia doszło w następstwie działania siły wyższej (przez którą rozumie się zdarzenia zewnętrzne niemożliwe do zapobieżenia i przewidzenia, takie jak np. wojna, klęska żywiołowa, strajk, zamieszki uliczne) lub w przypadku awarii spowodowanej wadą ukrytą Urządzenia.
5. Uczestnik zobowiązuje się nie oddawać, nie pożyczać, czy też nie udostępniać w jakikolwiek inny sposób Urządzenia innym osobom, jak również nie wywozić Urządzenia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Uczestnik Programu przyjmuje do wiadomości, że świadczenie usług teleopiekuńczych może się odbywać wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**§ 5**

1. Korzystanie z usług teleopiekuńczych jest dobrowolne.
2. Wyłączona jest jakakolwiek odpowiedzialność Ośrodka z tytułu korzystania przez Uczestnika z Urządzenia w sposób sprzeczny z niniejszą Umową oraz w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem i właściwościami.
3. Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności, w szczególności:
	1. z tytułu doznanego uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieprawidłowym i niezgodnym z niniejszą Umową używaniem Urządzenia, w szczególności z instrukcją obsługi Urządzenia;
	2. w przypadku odłączenia Urządzenia z przyczyn leżących po stronie Uczestnika lub samodzielnego wyłączenia przez Uczestnika Urządzenia, lub rozładowania Urządzenia w czasie świadczenia usługi;
	3. w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez Uczestnika;
	4. korzystania z Urządzenia przez inną osobę niż Uczestnik.
4. Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

**§ 6**

1. Umowa może zostać wypowiedziana w każdym czasie z zachowaniem 7- dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy powinno być złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:
	1. upływu okresu jej obowiązywania;
	2. przerwania uczestnictwa w projekcie w związku ze zmianą miejsca zamieszkania przez Uczestnika poza Gminę Kołaczyce;
	3. śmierci Uczestnika;
	4. rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce.
3. Uczestnik może zrezygnować z udziału w Programie w każdym momencie składając oświadczenie, którego wzór stanowi *załącznik nr 5* do niniejszej Umowy.
4. Umowa może zostać rozwiązana przez Ośrodek w trybie natychmiastowym, w następujących okolicznościach:
	1. naruszenia przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy, a w szczególności niewywiązania się przez Uczestnika z obowiązków, o których mowa w §4 ust. 1 niniejszej Umowy lub naruszenia przez Uczestnika postanowień Regulaminu, o którym mowa w §2 ust. 3 niniejszej Umowy;
	2. trwałego uszkodzenia Urządzenia z przyczyn, za które Uczestnik ponosi odpowiedzialność. Po rozwiązaniu Umowy, Uczestnik zobowiązany jest zwrócić Ośrodkowi Urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie 14 dni od chwili rozwiązania Umowy, z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu.
5. W przypadku śmierci Uczestnika lub braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika, w szczególności z powodów zdrowotnych Uczestnika zwrotu Urządzenia w sposób i w terminie określonym w ust. 4 niniejszego paragrafu dokonuje osoba wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Pacjenta, która w tym zakresie składa stosowane oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Umowy wraz z klauzulą informacyjną.
6. W przypadku rozwiązania niniejszej Umowy z innych przyczyn aniżeli z powodu śmierci Uczestnika i braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika, w szczególności z powodów zdrowotnych Uczestnik zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie osoby, która została wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Pacjenta.
7. W przypadku upływu terminu obowiązywania niniejszej umowy, rozwiązania umowy przez Ośrodek lub rezygnacji Uczestnika z udziału w Programie Uczestnik zobowiązany jest do zwrócenia Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Kołaczycach opaski monitorującej stan zdrowia wraz z ładowarką, instrukcją obsługi i kartą SIM, co zostanie poświadczone Protokołem Zdawczo – Odbiorczym cz. II, którego wzór stanowi *załącznik nr 6* do Regulaminu.

**§ 7**

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.
3. Załączniki nr 1, 2, 3, 4, 5 i 6 do niniejszej Umowy stanowią jej integralną część.
4. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki:

Załącznik Nr 1 - Protokół zdawczo-odbiorczy cz. I

Załącznik Nr 2 – Karta Informacyjna Pacjenta

Załącznik Nr 3 – Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu

Załącznik Nr 4 – Klauzula informacyjna RODO dla Opiekunów

Załącznik Nr 5 – Oświadczenie o rezygnacji w Programie

Załącznik Nr 6 – Protokół zdawczo – odbiorczy cz. II

…………………………...……….. …………..…………………………………..

 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy/Pełnomocnik

Załącznik Nr 1 do umowy o świadczenie usług

teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY CZ. I**

Podpisany w dniu ..................................... w Kołaczycach pomiędzy:

Gminą Kołaczyce / Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w Kołaczycach przy ul. Burmistrza Wiejowskiego 1, 38-213 Kołaczyce, który reprezentuje:

Pani Danuta Pachana – Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach zwanym dalej „Ośrodkiem" a

Panią/Panem .................................................................................................................................

zamieszkałą/ym ............................................................................................................................

PESEL: .........................................................................................................................................

zwaną/ym dalej „Uczestnikiem"

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

……………………………..… ...………….………………………………

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Uczestnik/ Przedstawiciel ustawowy/Pełnomocnik

Załącznik Nr 2 do umowy o świadczenie usług

teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

 Karta pacjenta 1/6

 Imię i nazwisko

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



Wprowadź 15 cyfrowy numer IMEI opaski SiDLY.

Numer ten znajduje się na spodzie opakowania/pudełka opaski SiDLY

. IMEI opaski

2

**Numer IMEI**

Jeżeli w pudełku wraz z urządzeniem jest

naklejka z numerem IMEI przyklej ją na

karcie pacjenta we wskazanym miejscu.

Naklejkę przyklej w tym miejscu

Karta pacjenta 2/6

 Imię i nazwisko

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

. Os

3

ntaktu 1

oba do ko

np. syn, sąsiad, krewny

Imię i nazwisko

Powiązanie

**Adres zamieszkania**

**Dodatkowe**

informacje

Posiada klucz

**Numer telefonu**

+48

. Os

4

oba do ko

ntaktu 2

np. syn, sąsiad, krewny

Imię i nazwisko

Powiązanie

**Adres zamieszkania**

**Dodatkowe**

informacje

Posiada klucz

**Numer telefonu**

+48

. Os

5

oba do kontaktu

3

np. syn, sąsiad, krewny

Imię i nazwisko

Powiązanie

**Adres zamieszkania**

**Dodatkowe**

informacje

Posiada klucz

**Numer telefonu**

+48

Karta pacjenta 3/6

Imię i nazwisko

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

Choroby

Alergie

COVID-19

Uzależnienia

. Dane medyczne

6

Nadciśnienie

Cukrzyca

Choroba nowotworowa

Parkinson

Padaczka

Po udarze

Alzheimer

Czy pacjent jest zaszczepiony przeciv COVID-19?

Nie

Tak

Data ostatniego szczepienia:

Arytmie

Jakie?

Astma/POChP

Po zawale

Leczenie paliatywne

Aparat słuchowy

Inne

Rozrusznik

Rodzaj?

miesiąc

rok

.

.

Wskaż miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

|  |
| --- |
|  7. Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej |
|  |

 Karta pacjenta 4/6

 Imię i nazwisko

Zaznacz "x" w odpowiednich polach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8. Ocena samodzielności |  |
| Poruszanie się | Bez pomocyNa wózku | Z chodzikiemOsoba leżąca |  O lasce  |
| Słuch |  Dobry  |  Niedosłuch  |  Głuchota  |
| **Wzrok** |  Dobry  | Niedowidzenie  | Osoba niewidoma  |
| **Kontakt** słowno-logiczny |  Zachowany  | Zróżnicowany  | Niezachowany  |

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

|  |
| --- |
| 9. Dodatkowe informacje  |
|  |

 Karta pacjenta 5/6

 Imię i nazwisko

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

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

 Wskaż miejsce przechowywania leków.

|  |
| --- |
|  11. Miejsce przechowywania leków  |
|  |

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

 …………………………………………………..

 Data i podpis

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

 …………………………………………………..

 Data i podpis

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

 …………………………………………………..

 Data i podpis

 Karta pacjenta 6/6

 Imię i nazwisko

# Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i “Osób do kontaktu”

Realizując obowiązek prawny nałożony na Administratora danych przepisami art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej „RODO” informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika opaski telemetrycznej (zwanego dalej Użytkownikiem) na podstawie:
	1. świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
	2. gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
	3. gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
4. Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, przy czym Administrator danych upoważniony jest do powierzenia przetwarzania danych w tym zakresie innemu podmiotowi lub samodzielnego świadczenia usług teleopieki.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
6. Administrator informuje, że dane osobowe: Użytkownika – będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających oraz będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej; Osoby do kontaktu wskazanej w Karcie Informacyjnej - będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających, w zakresie w jakim dane osobowe stanowią część dokumentacji medycznej, będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
8. Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki, który przekazuje

Administratorowi Kartę Informacyjną wypełnioną przez Użytkownika. Ponadto Administrator będzie pozyskiwał dane osobowe Użytkownika, za pomocą opaski telemedycznej z której Użytkownik będzie korzystał w trakcie świadczenia usługi teleopieki.

1. Administrator w ramach świadczonej usługi teleopieki przetwarza następujące dane osobowe: I. Użytkownika:
	1. dane, w tym dane medyczne, zawarte w wypełnionej Karcie Informacyjnej;
	2. dane, w tym dane medyczne, pozyskiwane za pośrednictwem opaski telemetrycznej z której korzysta Użytkownik, to jest:
	* Wyniki pomiaru pulsu
	* Wyniki pomiaru aktywności (krokomierz)
	* Lokalizacja opaski powierzonej użytkownikowi – w wypadku rozpoczęcia procedury alarmowej

II. Osoby do kontaktu: Imię, Nazwisko, numer telefonu, adres zamieszkania, rodzaj powiązania z Użytkownikiem, informacja czy Osoba do kontaktu posiada klucze do mieszkania Użytkownika.

10. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:

1. dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
2. jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
3. wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
4. żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
5. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią przedmiotowej klauzuli informacyjnej.

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

Załącznik Nr 3 do umowy o świadczenie usług

teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

…………………………………………………….

Imię i nazwisko

…………………………………………………….

Adres zamieszkania

…………………………………………………….

Telefon

…………………………………………………….

Adres e-mail

**OŚWIADCZENIE**

**osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki**

**w Karcie Informacyjnej Pacjenta**

Ja niżej podpisana/y ……………………………………………………........ oświadczam, że

(imię i nazwisko)

w przypadku zgonu Uczestnika Programu Osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej stan zdrowia przez Uczestnika zobowiązuję się zwrócić Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej ww. urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie 14 dni od chwili śmierci Uczestnika lub od chwili rozwiązania niniejszej umowy z innych przyczyn.

………………………………………..

podpis

Załącznik Nr 4 do umowy o świadczenie usług

teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

**Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „**Administrator**”).
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika na podstawie:
	1. świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
	2. gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
	3. gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
	4. w celu kontaktu marketingowego, jednak tylko w przypadku wyrażenia przez Użytkownika i/lub Opiekuna zgody na ten cel – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, w oparciu o powierzenie przetwarzania danych osobowych – na dzień złożenia oświadczenia jest nim SiDLY sp. z o.o., NIP: 7010435677.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
6. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, przez czas wskazany w upoważnieniu osoby korzystającej z urządzenia Sidly lub do czasu odwołania upoważnienia nadanego przez osobę korzystającą z urządzenia Sidly, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
8. Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, jak również Karta Informacyjna Pacjenta wypełniona przez Użytkownika lub Opiekuna.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
	1. dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
	2. jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
	3. wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
	4. żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
	5. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

……………….……….., dnia……………………….. ..........…..………………………

 (miejscowość) (data) (podpis Klienta)

Załącznik Nr 5 do umowy o świadczenie usług

teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

……………………………………… Kołaczyce, …………………

 (imię i nazwisko) (data)

…………………………………...

 (adres)

……………………………………

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że rezygnuję z udziału w Programie Osłonowym „Korpus Wsparcia Seniorów” – Moduł II w Gminie Kołaczyce na rok 2023.

……………………………….

 (podpis)

Załącznik Nr 6 do umowy o świadczenie usług

teleopiekuńczych w ramach Programu Osłonowego

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 w Gminie Kołaczyce

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY CZ. II**

Podpisany w dniu ..................................... w Kołaczycach pomiędzy:

Gminą Kołaczyce / Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w Kołaczycach przy ul. Burmistrza Wiejowskiego 1, 38-213 Kołaczyce, który reprezentuje:

Pani Danuta Pachana – Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kołaczycach zwanym dalej „Ośrodkiem" a

Panią/Panem .................................................................................................................................

zamieszkałą/ym ............................................................................................................................

PESEL: .........................................................................................................................................

zwaną/ym dalej „Uczestnikiem"

1. Uczestnik zdaje Ośrodkowi urządzenie wymienione w ust. 3 niniejszego Protokołu.
2. Uczestnik zdaje urządzenie sprawne technicznie oraz zgodne z obowiązującymi przepisami bezpieczeństwa, co Uczestnik niniejszym potwierdza własnym podpisem.
3. Uczestnik potwierdza niniejszym zdanie:
	1. opaski monitorującej stan zdrowia wraz z kartą SIM
		* o numerze inwentarzowym ...........................................................................................
		* o numerze IMEI ............................................................................................................
	2. ładowarki
	3. instrukcji obsługi
	4. opakowania.
4. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

………………………………… ……….……..………………………………

 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Uczestnik/ Przedstawiciel ustawowy/Pełnomocnik

1. zgoda udzielona zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1062). [↑](#footnote-ref-1)
2. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)