**Zał. Nr 12**

**KONTRAKT TRÓJSTRONNY**

**dot. usługi opiekuńcze/ usługi asystenckie**

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

*(rodzaj usługi)*

**w ramach projektu** **dofinansowanego z Funduszy Europejskich**

**pn.** **„Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w Gminie Choszczno”**

Zawarty w ………………………………. w dniu ……………………………………………... pomiędzy:

Miejsko-Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Choszcznie ul. Grunwaldzka 30, 73-200 Choszczno, posługującym się Numerem Identyfikacji Podatkowej …………………… oraz numerem REGON ……………………. , reprezentowanym przez p.o. Kierownika - Panią, …………………………..realizującą projekt:" **Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w Gminie Choszczno”** w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, zwanym w dalszej części umowy **„ Zamawiającym”**

a Uczestnikiem/opiekunem prawnym/opiekunem faktycznym\*:

……………………………..…………………………………………….…………… zamieszkałym/łą w……………………………………………………………przy ul. ………………………………….., nr PESEL: …………………………………, zwanym

**„Uczestnikiem Projektu”**

oraz

……………………………..…………………………………………………………….zamieszkałym w……………………………………………… przy ul. ……………………………………..………, nr PESEL: …………………………………, zwanym w dalszej części umowy **„Osobą świadczącą usługi”**

**§ 1**

**1.KONTRAKT TRÓJSTRONNY NA …….……………………………………………………….** , zwany dalej „Kontraktem”, zostaje zawarty do 31.10.2021r.

2.Celem kontraktu jest realizacja usług …………………………………….………………. w ramach projektu pt.„ **Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w Gminie Choszczno”** realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020,Osi Priorytetowej: Oś Priorytetowa 7 Włączenie społeczne Działanie 07.06.00 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

3. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

4.Zakres kontraktu opracowany został na podstawie wywiadu pogłębionego przeprowadzonego z Uczestnikiem Projektu w dniu: ………...………………………………..

**§ 2**

1.Uczestnik Projektu korzystać będzie z …………………………………..………………… w wymiarze ………………. godzin tygodniowo/miesięcznie\*, rozpoczynając od dnia …………………………………………………………., do dnia zakończenia realizacji Projektu, tj. do dnia 31.10.2021 roku.

2.Harmonogram wsparcia ustalony zostanie przez Osobę świadczącą usługi, w oparciu potrzeby i możliwości Uczestnika projektu.

3.Miejsce świadczenia usług:……………………………………………………………………

4.Dopuszcza się zmianę liczby godzin przydzielonego wsparcia. Dokonanie zmian wymaga formy pisemnej.

5.Świadczenia realizowane w ramach projektu są nieodpłatne.

**§ 3**

1.Zakres usług świadczonych przez Osobę świadczącą usługi na rzecz Uczestnika Projektu obejmuje w szczególności świadczenie usługi ……………………………………………….

2.Szczegółowy zakres usług świadczonych na rzecz Uczestnika Projektu stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Kontraktu.

**§ 4**

1.Uczestnik Projektu zobowiązuje się do udziału w usługach zgodnie z ustalonym harmonogramem. W przypadku, kiedy z przyczyn losowych nie może uczestniczyć w zajęciach jest zobowiązany poinformować niezwłocznie Zamawiającego oraz Osobę świadczącą usługi o zaistniałej sytuacji (nie później niż 12 godzin) przed rozpoczęciem wsparcia.

2.Osoba świadcząca usługi jest zobowiązana do świadczenia usługi zgodnie z harmonogramem. W przypadku, kiedy z przyczyn losowych nie może świadczyć usług, jest zobowiązana poinformować Zamawiającego oraz Uczestnika Projektu o zaistniałej sytuacji nie później niż 12 godzin przed rozpoczęciem wsparcia.

3.Osoba świadcząca usługi opracowuje we współpracy z Uczestnikiem Projektu harmonogram spotkań oraz przedkłada go Zamawiającemu najpóźniej 5 dni przed rozpoczęciem świadczenia usług. Harmonogram ten jest ustalany zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami Uczestnika Projektu oraz możliwościami Osoby świadczącej usługi.

4.Osoba świadcząca usługę, oświadcza że posiada wszelkie kwalifikacje niezbędne do świadczenia usług objętych niniejszy Kontraktem.

**§ 5**

Dokumentacja usługi prowadzona w formie papierowej - obejmuje prowadzenie dokumentacji zgodnie z wzorami przekazanymi przez Zamawiającego.

**§ 6**

1.Kontrakt został zawarty na czas trwania form wsparcia i nie dłużej niż do zakończenia projektu tj. 31.10.2021 roku.

2.Rezygnacja z przyznanych godzin wsparcia możliwa jest tylko w uzasadnionych przypadkach i następuje poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej pod rygorem nieważności z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia liczonym od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło złożenie ww. oświadczenia.

**§ 7**

Zmiana warunków niniejszego Kontraktu wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami kontraktu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego. Sprawy wynikłe na tle niniejszej Umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby Projektodawcy.

Kontrakt sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

…………………………………………

Data, podpis i pieczęć Zamawiającego

…………………………………………………………

Data i podpis

Uczestnika Projektu /Opiekuna prawnego\*/Opiekuna faktycznego

…………………………………………………………

Data i podpis

Osoby świadczącej usługę

*\*Niepotrzebne skreślić*