Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

MOPS.271.3.2020

**UMOWA ……………………………**

zawarta w dniu …………………… pomiędzy:

**Gminą Miejską Włodawa,** 22-200 Włodawa, al. J. Piłsudskiego 41, NIP: 565-14-09-974

**– Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej we Włodawie**, 22-200 Włodawa, al. J. Piłsudskiego 41,

reprezentowanym przez Annę Borkowską-Łuć – dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Włodawie, zwanym dalej „Zamawiającym”

a

……………………………………………………….z siedzibą w ……………………………………………

reprezentowanym przez ………………………………………………………………………………………...

zwanym dalej „Wykonawcą”

Strony oświadczają, że niniejsza Umowa została zawarta w wyniku udzielenia zamówienia publicznego zgodnie z art. 138o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych, w związku z przystąpieniem Gminy Miejskiej Włodawa do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”   
– edycja 2019-2020.

**§ 1.**

1. Zamawiający zleca a Wykonawca przyjmuje do realizacji usługę polegającą na świadczeniu usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej na potrzeby mieszkańców gminy miejskiej Włodawa, zwanych dalej „usługami asystenckimi”.
2. Usługi asystenckie obejmują pomoc pełnoletnim osobom niepełnosprawnym ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, zwanym dalej „uczestnikami Programu”, w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego niezbędnych do aktywnego funkcjonowania, a w szczególności:
3. społecznego (np. wsparcie w przemieszczaniu się m.in. do lekarza i placówek rehabilitacyjnych, urzędów i instytucji, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach; spędzanie czasu wolnego, w tym: wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych);
4. zawodowego (np. wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo oraz asysta w tych miejscach i zajęciach);
5. edukacyjnego (np. wsparcie w przemieszczaniu się do placówek oświatowych i szkoleniowych oraz na ich terenie, wsparcie podczas zajęć edukacyjnych i w procesie uczenia: gromadzenie materiałów, korzystanie z biblioteki);
6. Usługi asystenckie mogą obejmować elementy usług opiekuńczych o charakterze towarzyszącym.
7. Usługi asystenckie będą świadczone w sposób zindywidualizowany, uwzględniający rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby uczestnika Programu, obejmujące:
8. pomoc w przygotowaniu do wyjścia, dojazdach w wybrane przez świadczeniobiorcę miejsce oraz powrocie (np. dom, praca, szkoła, kościół, lekarz, urzędy, znajomi, rodzina, itp.), w tym na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne, na kursy i szkolenia zawodowe oraz miejsce pracy;
9. pomoc w zakupach – warunkiem wykonania tej usługi jest czynne uczestnictwo świadczeniobiorcy (asystent może pomóc przynieść zakupy o wadze jednorazowo do 5 kg);
10. pomoc w załatwieniu spraw urzędowych;
11. pomoc i towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, biblioteka, kino, koncert, itp.);
12. czytanie prasy, książek lub korespondencji, osobom niezdolnym do samodzielnego czytania;
13. pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego, czy komputerowego;
14. pomoc w korzystaniu z zajęć sportowych i obiektów sportowych (np. basen, siłownia i inne sporty).
15. Usługi asystenckie będą świadczone w czasie odpowiadającym uczestnikom Programu.
16. Godzina usługi asystenckiej jest godziną zegarową liczoną, jako faktycznie przepracowany czas na rzecz uczestnika Programu, bez czasu dojazdu lub dojścia do miejsca realizacji usługi.
17. Pod opieką asystenta w tym samym czasie może pozostawać tylko jeden uczestnik Programu.

**§ 2.**

1. Wykonawca będzie świadczył usługi asystenckie na podstawie indywidualnej dokumentacji wydawanej przez Zamawiającego zawierającej:
2. imię i nazwisko uczestnika Programu, adres zamieszkania oraz numer telefonu kontaktowego;
3. informacje na temat ograniczeń uczestnika Programu w zakresie komunikowania się lub poruszania się;
4. imię i nazwisko opiekuna prawnego, w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oraz numer telefonu kontaktowego;
5. okres, na jaki przyznano usługi asystenckie;
6. wymiar przyznanych usług asystenckich.
7. Ze względu na dobro i potrzeby uczestników Programu, w wyjątkowych przypadkach Zamawiający dopuszcza możliwość ustnego (np. telefonicznego) poinformowania Wykonawcy o terminie rozpoczęcia lub przerwania realizacji usług asystenckich. Każde tego typu zdarzenie będzie wymagało sporządzenia stosownej dokumentacji w formie pisemnej.
8. W związku z zapewnieniem bezpieczeństwa wykonania usługi przez Wykonawcę, Zamawiający będzie przekazywał dane uczestników Programy w niezbędnym zakresie, w sposób określony w odrębnej umowie dotyczącej powierzenia przetwarzania danych osobowych, zgodnie z przepisami 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.).

**§ 3.**

1. Wykonawca będzie zobowiązany do prowadzenia szczegółowej dokumentacji merytorycznej z realizowanej usługi, w szczególności:
2. Kart realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” będących rozliczeniem miesięcznym wykonania usług asystenckich, sporządzanych indywidualnie dla każdego uczestnika Programu – według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy;
3. Ewidencji biletów jednorazowych potwierdzającej miesięczne wydatki asystenta w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług asystenckich wymienionych w § 1 ust. 2 – 4 – według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy;
4. Ewidencji godzin wykonania umowy potwierdzającej czas i godziny wykonania umowy – według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
5. Dokumentację, o której mowa w ust. 1, Wykonawca jest zobowiązany przekazywać Zamawiającemu w terminie do 5 dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zrealizowano usługi asystenckie, z zastrzeżeniem ust. 3.
6. Dokumentację, o której mowa w ust. 1, dotyczącą usług asystenckich zrealizowanych w grudniu 2020 r. Wykonawca jest zobowiązany przekazać Zamawiającemu najpóźniej do dnia ……… 2020 r.

**§ 4.**

Umowa została zawarta na okres od dnia ……… 2020 r. do dnia ……… 2020 r.

**§ 5.**

Wykonawca oświadcza, że ma umiejętności, kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonywania usługi.

**§ 6.**

1. Wykonawca zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 ust. 1, z zachowaniem należytej staranności.
2. Wykonawca nie może bez uprzedniej zgody Zamawiającego odstąpić od wskazanego przez niego sposobu wykonania usługi.
3. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji usługi samodzielnie i nie powierzy jej wykonania osobie trzeciej.
4. Wykonawca będzie odbywał we własnym zakresie profilaktyczne badania lekarskie oraz szkolenia bhp.

**§ 7.**

1. Za wykonanie usługi określonej w § 1 ust. 1, Zamawiający zobowiązuje się wypłacić Wykonawcy wynagrodzenie w wysokości ……… zł brutto (słownie: ……… brutto) za 1 godzinę zrealizowanej usługi asystenckiej.
2. W przypadku, gdy ilość wykonanych godzin usług asystenckich będzie mniejsza niż liczba godzin zleconych do realizacji, Zamawiający zapłaci Wykonawcy za faktyczną liczbę zrealizowanych godzin usług asystenckich.
3. Maksymalna kwota zobowiązania wynikająca z realizacji przedmiotu umowy wynosi: ……… zł brutto (słownie: ……… brutto).
4. Wypłaty wynagrodzenia w wysokości przysługującej za miesiąc realizacji usługi dokonuje się w formie pieniężnej, nie później niż w ciągu 14 dni od dnia przekazania Zleceniodawcy:
5. prawidłowo wystawionego dowodu księgowego, tj. faktury lub rachunku do umowy;
6. zaakceptowanych Kart realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1;
7. zatwierdzonej Ewidencji godzin wykonania umowy, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 3.
8. Wypłata kwoty ustalonej zgodnie z ust. 1, po stwierdzeniu przez Zamawiającego prawidłowości wykonania usługi określonej w § 1 ust. 1, zostanie dokonana przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy nr ……………………………………………………………………………………………...
9. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
10. Wykonawca nie może zrzec się prawa do wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej albo przenieść prawa do tego wynagrodzenia na inną osobę.

**§ 8.**

1. Potwierdzenie liczby godzin zrealizowanych usług asystenckich będzie dokonywane poprzez:
2. prowadzenie przez Wykonawcę Kart realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2;
3. sporządzanie przez Wykonawcę Ewidencji godzin wykonania umowy, o której mowa w § 3 ust 1 pkt 3.
4. Osoba działająca w imieniu Zamawiającego, po otrzymaniu dokumentacji, o której mowa w ust. 1, dokonuje jej sprawdzenia i jeśli nie wnosi zastrzeżeń, zatwierdza Ewidencję godzin wykonania umowy.

**§ 9.**

1. Wykonawcy przysługuje zwrot kosztów zakupu biletów komunikacji publicznej jednorazowych lub miesięcznych w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług asystenckich wymienionych w § 1 ust. 2 – 4 na obszarze województwa lubelskiego, w wysokości nie większej niż 200,00 zł (słownie: dwieście złotych, 0/100) na każdego uczestnika programu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wykonawca jest zobowiązany, na początku każdego miesiąca, uzgodnić z Zamawiającym planowane wydatki w zakresie kosztów zakupu biletów.
3. Zwrot kosztów zakupu biletów, o którym mowa w ust. 1, następuje w formie refundacji, po przedłożeniu przez Wykonawcę ewidencji biletów jednorazowych na zasadach określonych w § 3.
4. Do ewidencji biletów jednorazowych Wykonawca jest zobowiązany dołączyć zakupione bilety jednorazowe.

**§ 10.**

1. W związku z realizacją usługi Wykonawcy przysługuje ubezpieczenie OC lub NNW związane ze świadczeniem usług asystenckich, w wysokości nie większej niż 150,00 zł rocznie (słownie: sto pięćdziesiąt złotych, 0/100), liczone proporcjonalnie do liczby miesięcy świadczenia usług asystenckich.
2. O wyborze rodzaju ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, decyduje Wykonawca informując Zamawiającego.
3. Zamawiający jest zobowiązany ubezpieczyć Wykonawcę, zgodnie ze wskazaniem Wykonawcy, przed zleceniem realizacji usług asystenckich.

**§ 11.**

1. Wykonawca zobowiązuje się udzielić na żądanie Zamawiającego informacji o przebiegu realizacji usługi.
2. Wykonawca zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Zamawiającego, jeśli zachodzą okoliczności, które mogą wpływać na brak możliwości realizacji usługi.
3. Zamawiający ma prawo, na każdym etapie realizacji usługi, do kontroli sposobu jej wykonania, w miejscu jej realizacji.

**§ 12.**

Odpowiedzialność wobec osób trzecich w związku z wykonaniem umowy ponosi Zamawiający, co nie narusza i nie zmienia odpowiedzialności Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy.

**§ 13.**

Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, w wysokości 2 000,00 zł (słownie: dwóch tysięcy złotych, 0/100).

**§ 14.**

1. Każda ze stron może wypowiedzieć umowę z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia.
2. W sytuacji rezygnacji przez uczestnika programu z usług asystenckich umowa może zostać rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym bez zachowania okresu wypowiedzenia.

**§ 15.**

Zmiana warunków umowy może być dokonana w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 16.**

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych.

**§ 17.**

W przypadku ewentualnych sporów, strony będą dożyły do rozstrzygnięć polubownych, a w razie braku porozumienia spór rozstrzygnie sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.

**§ 18.**

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Wykonawca: Zamawiający:**

Załącznik nr 1 do umowy ………

z dnia ………

**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 godz. zrealizowanych** | **Rodzaj usługi\*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Łacna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu | | | | | | | | r. | |
| wyniosła | |  | | godzin. | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Łączna liczba wykorzystanych biletów komunikacji publicznej, z 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).

Załącznik nr 2 do umowy ………

z dnia ………

**Ewidencja biletów jednorazowych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko asystenta: | |  | | |
| Potwierdzenie miesięcznych wydatków asystenta w związku z wyjazdami dot. realizacji usług asystenckich | | | | |
| w okresie od |  | | do |  |

| **Lp.** | **Data pobrania biletów** | **Liczba pobranych biletów** | **Data i cel wykorzystania biletów\*\*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| W załączeniu przedkładam | |  | szt. wykorzystanych biletów komunikacji publicznej, | | | |
| w związku z realizacją usług asystenckich w miesiącu | | | | | r. |  |
|  | | | | | | |
|  |  | | |  | | |
|  | Data i podpis asystenta | | |  | | |

\*\*Należy wskazać imię i nazwisko uczestnika Programu, na rzecz którego realizowane były usługi asystenckie.

Załącznik nr 3 do umowy ………

z dnia ………

**Ewidencja godzin wykonania umowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  Wykonawcy (asystenta): |  | |
| Adres zamieszkania Wykonawcy (asystenta): |  | |
| Potwierdzenie godzin wykonania umowy,  tj. realizacji usług asystenckich w miesiącu: | | r. |

| **Dzień miesiąca** | Godz. realizacji usług asystenckich (od … do …) | **Liczba godz. realizacji umowy (godz., min.)** | | **Imię i nazwisko uczestnika Programu,**  **na którego rzecz realizowano**  **usługi asystenckie** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Ogółem w miesiącu:** | | godz. | min. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Data i podpis Wykonawcy (asystenta) |
|  | Zatwierdzam: |  |
| Data zatwierdzenia |  | Podpis i pieczęć osoby działającej  w imieniu Zamawiającego |