Załącznik nr 1

do Regulaminu świadczenia usług teleopiekuńczych

w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych

dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

……

Imię i nazwisko

……..

…….

adres zamieszkania

…….

PESEL

…….

telefon adres e-mail

Wniosek o przystąpienie do projektu

,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie

powyżej 60 roku życia”- pilotaż

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usług teleopiekuńczych w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

Do wniosku dołączam:

- Orzeczenie o znacznym/umiarkowanym * stopniu niepełnosprawności - Inny dokument poświadczający stan zdrowia*……

- Oświadczenie o niesamodzielności* Oświadczam, że:

1. Zamieszkuję na terenie gminy Błonie, pod adresem wskazanym w niniejszym wniosku.

2. Ukończyłam/łem 60 rok życia.

3. Jestem osobą zamieszkującą samotnie/jestem osobą zamieszkującą wspólnie z rodziną*.

4. Dane zawarte we wniosku są prawdziwe i aktualne oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.

5. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

6. Wyrażam zgodę na użycie mojego wizerunku w celach związanych z realizacją oraz promocją projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

*niewłaściwe skreślić

……..

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

Załącznik nr 2

do Regulaminu świadczenia usług teleopiekuńczych

w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych

dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

OŚWIADCZENIE O NIESAMODZIELNOŚCI

Ja niżej podpisana/y ……..…

(imię i nazwisko)

PESEL: …….

oświadczam, iż jestem osobą niesamodzielną w następującej czynności spośród 10 podstawowych obszarów funkcjonowania w życiu codziennym*:

- Spożywanie posiłków
- Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem
- Utrzymanie higieny intymnej
- Korzystanie z toalety (WC)
- Mycie i kąpiel całego ciała
- Poruszanie się po powierzchniach płaskich
- Wchodzenie i schodzenie po schodach
- Ubieranie się i rozbieranie
- Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu
- Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego

……..

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

*zaznaczyć właściwe ,,x” przy właściwym obszarze

Załącznik nr 3

do Regulaminu świadczenia usług teleopiekuńczych

w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych

dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

KLAUZULA INFORMACYJNA/KLAUZULA ZGODY

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dzienny Dom „Senior+” z siedzibą w Błoniu ul. 3 Maja 10

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – **iodo@rt-net.pl**l

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu oraz w celu realizacji projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a oraz Art. 9 ust. 2 lit. a, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, prawo do cofnięcia zgody lub ograniczenia przetwarzania

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości udziału w projekcie ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż . Jednocześnie zgodnie z Art. 6 ust. 1 lit. a oraz Art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udziału w projekcie ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

……..

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

Załącznik nr 4

do Regulaminu świadczenia usług teleopiekuńczych

w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych

dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

Umowa Nr ……

o świadczenie usług teleopiekuńczych w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

.

zawarta w dniu …….. 2020 roku pomiędzy : Gminą Błonie z siedzibą Rynek 6, 05-870 Błonie , reprezentowaną przez Pana Zenona Reszkę- Burmistrza Błonia, zwaną dalej „Gminą”, a

Panią/Panem:…….,

zamieszkałą/ym…….,

PESEL: …… zwaną/ym dalej „Uczestnikiem” .

W związku z zakwalifikowaniem Uczestnika do udziału w projekcie ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż zwanego dalej Projektem, Strony postanawiają zawrzeć niniejszą Umowę.

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest bezpłatne świadczenie usług teleopiekuńczych na rzecz Uczestnika Projektu 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 ……647,00…….. zł. 3. Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność Gminy.

§ 2

Uczestnik oświadcza, że:

a) nie ma żadnych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usług teleopiekuńczych,

b) nie ma żadnych przeciwskazań medycznych do korzystania przez niego z usług teleopiekuńczych,

c) wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Projektu, a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne,

d) zapoznał się z Regulaminem projektu oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie ich postanowienia oraz zobowiązuje się do ich stosowania.

§ 3

Niniejsza Umowa zostaje zawarta na okres od dnia…….. r. do……r.

§ 4

Przekazanie Urządzenia potwierdzone będzie Protokołem zdawczo-odbiorczym, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.

§ 5

1. W celu prawidłowej realizacji usług teleopiekuńczych Uczestnik zobowiązuje się do:

a) wypełnienia Karty Informacyjnej Podopiecznego dotyczącej m.in. jego stanu zdrowia według wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszej umowy i dostarczenia jej do Dziennego Domu „Senior+" w Błoniu, ul. 3 Maja 10 w terminie do 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy.

b) dostarczenia, do Dziennego Domu „Senior+" w Błoniu, ul. 3 Maja 10, klauzuli informacyjnej/klauzuli zgody na przetwarzanie danych osobowych osób wskazanych do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki, w przypadku zagrożenia życia i zdrowia, wskazanej przez Uczestnika Projektu w Karcie Informacyjnej Podopiecznego, według wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do niniejszej umowy w terminie do 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy,

c) dostarczenia, do Dziennego Domu „Senior+" w Błoniu, ul. 3 Maja 10, oświadczenia osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki o obowiązku zwrotu Urządzenia w przypadku śmierci Uczestnika Projektu lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski według wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do niniejszej umowy w terminie do 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy.

2. Uczestnik zobowiązuje się do:

a) korzystania z Urządzenia w sposób zgodny z przeznaczeniem, dbania o stan fizyczny powierzonego Urządzenia i utrzymania go w stanie technicznym jaki prezentuje w dniu jego wydania,

b) nieusuwania/niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Urządzeniu. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z Urządzenia pozbawia go możliwości kontaktu z centrum teleopieki a w konsekwencji braku możliwości udzielenia pomocy,

c) niewykorzystywania Urządzenia do wykonywania połączeń z centrum teleopieki w sytuacjach nie wymagających natychmiastowej pomocy, jak również nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia i życia Uczestnika.

3. W przypadku utraty lub uszkodzenia Urządzenia Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego informowania o tym fakcie Koordynatora projektu nr tel. 792 377 339 lub 669-051-570

4. Za uszkodzenia wynikłe z nieodpowiedniego korzystania z Urządzenia winę ponosi Uczestnik, on także pokrywa wszystkie koszty związane z naprawą sprzętu.

5. W przypadku zawinionego całkowitego zniszczenia lub utraty Urządzenia Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia.

6. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za użytkowaną opaskę monitorującą stan zdrowia uszkodzoną w następstwie siły wyższej lub w przypadku awarii opaski spowodowanej wadą ukrytą sprzętu.

7. Uczestnik zobowiązuje się do nie przekazywania Urządzenia osobom trzecim, jak również nie wywożenia Urządzenia poza terytorium Polski.

8. Uczestnik Projektu przyjmuje do wiadomości, że świadczenie usług teleopiekuńczych odbywa się na terenie Polski, natomiast nie obejmuje usług poza krajem.

§ 6

1. Korzystanie z usług teleopiekuńczych jest dobrowolne.

2. Odpowiedzialność Gminy z tytułu nieprawidłowego i niezgodnego z przeznaczeniem korzystania z Urządzenia jest wyłączona.

3. Gmina nie ponosi odpowiedzialności:

a) za korzystanie z Urządzenia w sposób niezgodny z przeznaczeniem,

b) z tytułu uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu wynikającego z nieprawidłowego użytkowania Urządzenia,

c) w przypadku odłączenia Urządzenia z przyczyn leżących po stronie Uczestnika lub samodzielnego wyłączenia przez Uczestnika Urządzenia lub rozładowania Urządzenia w czasie świadczenia usługi,

d) w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez Uczestnika,

e) korzystania z Urządzenia przez inną osobę niż Uczestnik.

4. Gmina nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

§ 7

1. Umowa może zostać wypowiedziana przez każdą ze stron, w każdym momencie z zachowaniem 7 dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy winno być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:

a) upływu okresu jej obowiązywania,

b) przerwania uczestnictwa w projekcie w związku ze zmianą zamieszkania Uczestnika poza Gminę Błonie,

c) objęcia uczestnika stałą pomocą opiekuńczo-leczniczą (np.: świadczoną m. in. przez Dom Pomocy Społecznej, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy),

d) zgonu Uczestnika,

e) rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

3. Umowa może zostać rozwiązana przez Gminę w trybie natychmiastowym w następujących okolicznościach:

a) naruszenie przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy lub innych postanowień w ramach Projektu,

b) trwałego uszkodzenia Urządzenia z winy użytkownika.

4. Po zakończeniu okresu na jaki została zawarta niniejsza Umowa lub po rozwiązaniu Umowy z innych przyczyn, Uczestnik zobowiązany jest zwrócić Gminie Urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 3 dni kalendarzowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. W przypadku zgonu Uczestnika lub braku możliwości osobistego zwrotu Urządzenia przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zwrotu Urządzenia zgodnie z ust. 4 dokonuje osoba wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.

§ 8

1. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

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

……. …….

Gmina Błonie Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy

Załączniki:

Załącznik Nr 1 – Protokół zdawczo-odbiorczy Załącznik

Nr 2 – Karta Informacyjna Podopiecznego Załącznik

Nr 3 – Klauzula informacyjna/klauzula zgody dla osoby najbliższej/upoważnionej Załącznik

Nr 4 – Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Podopiecznego

Załącznik nr 1

do umowy o świadczenie

usług teleopiekuńczych w ramach projektu

,,Świadczenie usług teleopiekuńczych

dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

Podpisany w dniu…….. w Błoniu pomiędzy: Gminą Błonie z siedzibą Rynek 6 , 05-870 Błonie, reprezentowaną z upoważnienia Burmistrza Błonia przez Panią Agnieszkę Kurach-koordynatora projektu, zwaną dalej „Gminą”

a Panią/Panem……..

zamieszkałym…….,

PESEL: …… zwaną/ym dalej „Uczestnikiem”

1. Gmina przekazuje Uczestnikowi urządzenie wymienione w ust. 3 Protokołu Zdawczo-Odbiorczego.

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 do korzystania z dodatkowego osprzętu i rozumie zasady jego działania.

5. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

…… ……

Gmina Błonie Uczestnik/Przedstawiciel ustawowy

Załącznik nr 2

do umowy o świadczenie

usług teleopiekuńczych w ramach projektu

,,Świadczenie usług teleopiekuńczych

dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce świadczenia usługi (adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer mieszkania)	
Miejscowość i Kod pocztowy	
PESEL	
Numer telefonu Uczestnika	
Numer IMEI opaski	
Telefon kontaktowy do najbliższych osób wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa	
Telefon osoby upoważnionej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa . Osoby te będą upoważnione do wglądu oraz uzyskania kopii dokumentacji medycznej.	

Telefon do osoby posiadającej klucz do mieszkania wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa						
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne						
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ						
Telefon do rejestracji POZ						
Imię i nazwisko lekarza POZ						
Osoba wychodząca z domu	Tak / Nie					
Kod do domofonu						
Miejsce przechowywania leków						
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej						
Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta	Poruszanie się		Osoba chodząca	Stan skóry		Czystość
			Osoba chodząca za pomocą osób drugich			Odleżyny
			Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach			Otarcia
			Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim			Grzybica
			Osoba leżąca			Rany przewlekłe
	Słuch		Dobry	Wzrok		Dobry
			Niedosłuch			Niedowidzenie
			Głuchota			Osoba niewidoma

	Spożywanie posiłków		Samodzielnie	Funkcje fizjologiczne		Samodzielnie
			przy pomocy osoby drugiej			Pampersy
			PEG			cewnik
			przez zgłębnik			
Dieta, alergie pokarmowe						
Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10						
Sprawność umysłowa (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)						
Nałogi						
Zwierzęta domowe						
Schemat dnia						
Inne						

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI

Oświadczam, że podane powyżej osoby najbliższe/upoważnione zostały poinformowane o fakcie umieszczenia ich danych w Karcie i wyraziły na to zgodę na podstawie klauzuli informacyjnej/klauzuli zgody osoby najbliższej/upoważnionej według wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do umowy o świadczenie usług teleopiekuńczych w ramach projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

……

Data i podpis podopiecznego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Karta Leków Podopiecznego wypełnić w przypadku braku miejsca w Karcie Informacyjnej Uczestnika

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI

IMIĘ I NAZWISKO											
PESEL											

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIE-WIECZÓR

np. 1-0-0 lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI

Lp	Nazwa leku	Moc leku	Dawkowanie			Dodatkowe informacje
			Rano	Po południu	wieczorem	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI

……

Data i podpis podopiecznego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Załącznik nr 3

do umowy o świadczenie

usług teleopiekuńczych w ramach projektu

,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców

Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

KLAUZULA INFORMACYJNA/KLAUZULA ZGODY DLA OSOBY NAJBLIŻSZEJ/UPOWAŻNIONEJ

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dzienny Dom „Senior+” z siedzibą w Błoniu, ul. 3 Maja 10

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – **iodo@rt-net.pl**l,

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu kontaktu z pracownikami Centrum Teleopieki, w przypadku zagrożenia życia i zdrowia, w związku z realizacją projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, prawo do cofnięcia zgody lub ograniczenia przetwarzania,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych będzie skutkować brakiem możliwości kontaktu pracowników Centrum Teleopieki z Panią/Panem w związku z realizacją projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

Jednocześnie zgodnie z Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu kontaktu z pracownikami Centrum Teleopieki, w przypadku zagrożenia życia i zdrowia, w związku z realizacją projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

……

Podpis

Załącznik nr 4

do umowy o świadczenie

usług teleopiekuńczych w ramach projektu

,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców

Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż

OŚWIADCZENIE

osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w Karcie Informacyjnej Uczestnika Projektu

Ja niżej podpisana/y …….

(imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem osobą do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki w projekcie ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż, dla Uczestnika projektu:

Pana/Pani…….....

(imię i nazwisko)

Ponadto oświadczam, że w przypadku zgonu Uczestnika projektu ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Błonie powyżej 60 roku życia”- pilotaż lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej stan zdrowia przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zobowiązuję się zwrócić Gminie Błonie ww. urządzenie do siedziby Dziennego Domu „Senior+” w Błoniu, ul. 3 Maja 10, w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 3 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia.

……..

Podpis