# 

# UMOWA NUMER ………………….

# O ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH

zawarta w dniu ……………… w ……………... pomiędzy:

Dom Opieki Nowe Życie Sp. Z O.O, NIP: 5423489146, adres: ul. Kalwińska 6, 16-124 Sidra, działającym zgodnie z decyzją Wojewody Podlaskiego z dnia 10 stycznia 2025 roku na podstawie wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawny przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego pod numerem 55 reprezentowanym przez **Pana Piotra Gałażyna** Dyrektora Domu Opieki Nowe Życie.

zwany dalej **„DOM OPIEKI”**

a

Panem/Panią …………..……………………………………………………………………………. legitymującym(ą) się dowodem osobistym nr i seria: ……………………………………………... wydanym przez……………………………………………...…………………….………………... zameldowanym pod adresem: …………………………………………….……………………….... nr PESEL: ……………………………… zwaną/ym dalej **„Mieszkańcem”.**

oraz

Panią/Panem działającą/ym w imieniu i na rzecz Mieszkańca na podstawie:

pełnomocnictwa załączonego do niniejszej umowy lub

wyroku sądu opiekuńczego Sądu Rejonowego w ………………………… z dnia ………………

Sygn. Akt: ………………………………….

zamieszkałą/ym w ………………………………………………………………………………….. legitymującej/go się dowodem osobistym seria i nr ……………………………………. Nr tel: ……………………………………...

e-mail: …………………………………….. zwaną/ym dalej **„Opiekunem”**

- zwani łącznie Stronami Umowy, a osobno Stroną.

# § 1. PRZEDMIOT UMOWY

Przedmiotem umowy jest świadczenie przez Dom Opieki całodobowych płatnych usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających na rzecz Mieszkańca – zgodnie z art. 68 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U.2015.163j.t.).

# § 2 OŚWIADCZENIA STRON

1. DOM OPIEKI oświadcza, iż jest uprawniony do wykonywania usług w zakresie całodobowej opieki nad osobami w podeszłym wieku.
2. Mieszkaniec/Opiekun wskazują jako **osobę do kontaktu i jednocześnie osobę uprawnioną do uzyskiwania informacji medycznych**, wyrażenia zgody na przeprowadzenie koniecznych badań i innych niezbędnych czynności medycznych, w tym hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego, interwencji pogotowia ratunkowego, w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Mieszkańca, powodującego niezdolność Mieszkańca do świadomego wyrażenia zgody, w szczególności zaostrzenia się chorób przewlekłych lub pojawienia się nowego schorzenia, które uniemożliwiałoby prawidłowy kontakt z Mieszkańcem:

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

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

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

(imię nazwisko, nr dowodu osobistego, PESEL, adres zamieszkania, telefon i e-mail do kontaktu, stopień pokrewieństwa)

1. Mieszkaniec oświadcza, że podlega/nie podlega ubezpieczeniu społecznemu.
2. Mieszkaniec i Opiekun oświadczają, że zapoznali się z **Regulaminem** Domu Opieki, stanowiącym integralną część niniejszej Umowy oraz akceptują te postanowienia i zobowiązują się do ich przestrzegania.
3. Mieszkaniec i Opiekun oświadczają, że wszystkie informacje podane w **Karcie zgłoszenia Mieszkańca do DOMU OPIEKI** są prawdziwe i zobowiązują się do niezwłocznego zgłoszenia wszelkich zmian odnośnie tychże informacji.

# § 3. OBOWIĄZKI STRON

1. **DOM OPIEKI** zobowiązany jest do całodobowej opieki nad Mieszkańcem, świadczonej zgodnie z art. 68 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku, o pomocy społecznej (Dz.U.2015.163j.t.), a w szczególności świadczenia następujących usług:
   1. usług opiekuńczych, polegających m.in. na:

* udzielaniu pomocy Mieszkańcowi w podstawowych czynnościach życiowych,
* pielęgnacji, w tym także w czasie choroby,
* opiece higienicznej, utrzymaniu czystości Mieszkańca i jego otoczenia,
* niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych,
* nawiązywaniu/ utrzymywaniu kontaktu Mieszkańca z otoczeniem,
* utrzymywania kontaktu z rodziną,
* w przypadku zgonu Mieszkańca – natychmiastowego zawiadomienia rodziny oraz zawiadomienia najbliższej firmy pogrzebowej o ile osoba wskazana w § 3 pkt 3 Umowy nie dokona innego wyboru,
  1. wizyt lekarskich w razie potrzeby,
  2. pobytu w 2 lub 3-os. pokojach,
  3. pełnego wyżywienia, tj. 5 posiłków dziennie (śniadanie, II śniadanie, obiad dwudaniowy, podwieczorek, kolacja),
  4. dostępu do pomieszczeń rekreacyjnych oraz pokoju pobytu dziennego,
  5. przeprowadzania dodatkowych zabiegów rehabilitacyjnych - pod warunkiem ich zlecenia przez lekarza rehabilitacji i stwierdzenia możliwości ich wykonania,

**2.Mieszkaniec i Opiekun** zobowiązani są do:

* 1. terminowego stawienia się Mieszkańca w DOM OPIEKI i jego opuszczenia z upływem terminu pobytu, w dniu wskazanym w § 5 ust. 1 niniejszej umowy,
  2. przestrzegania Regulaminu DOMU OPIEKI
  3. zakupu i przekazania przyjmowanych przez Mieszkańca leków personelowi DOM OPIEKI, który zapewni ich prawidłową dystrybucję, dostosowaną do zaleceń lekarskich, zgodnie z potrzebami Mieszkańca,
  4. zapewnienia środków higieny osobistej, w tym pieluchomajtek, pampersów, wkładek, podpasek i opatrunków specjalistycznych w razie potrzeby,
  5. terminowego uiszczania opłat za pobyt w DOM OPIEKI, w wysokości wskazanej w § 8 niniejszej umowy.

3. Mieszkaniec wyraża zgodę na ewentualne przekwaterowanie do innego pokoju, wynikające ze wskazań medycznych, związane ze zmianą stanu zdrowia lub innych względów.

4. Mieszkaniec wyrażę zgodę na wykorzystanie jego wizerunku w postaci fotografii wykonanych w trakcie pobytu w DOMU OPIEKI, podczas aktywności organizowanych przez DOM OPIEKI – na terenie DOMU OPIEKI i na jego stronie internetowej. Zgoda **(Załącznik nr 3)** ma charakter bezterminowy, bezpłatny i może być cofnięta w każdym czasie w formie pisemnej.

5. Pozostałe zasady funkcjonowania Placówki określa Regulamin DOM OPIEKI, stanowiący

**Załącznik nr 1** nr do niniejszej Umowy.

# § 4. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

1. DOM OPIEKI nie ponosi odpowiedzialności za Mieszkańca w przypadku opuszczenia przez niego terenu DOM OPIEKI w okresie trwania niniejszej umowy.
2. DOM OPIEKI nie ponosi odpowiedzialności za jakiekolwiek szkody poniesione przez Mieszkańca, wywołane, powstałe w związku z lub będące następstwem:
   1. działania siły wyższej;
   2. okoliczności niezależnych od DOM OPIEKI;
   3. niezastosowania się do zaleceń lekarza lub personelu DOM OPIEKI;
   4. pogorszenia stanu zdrowia Mieszkańca wynikającego z przyczyn niezależnych od DOM OPIEKI.

# § 5. CZAS TRWANIA UMOWY

1. Umowa zostaje zawarta na czas nieokreślony/określony od dnia

do dnia

**§ 6. ROZWIĄZANIE UMOWY**

1. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana przez jej **Strony** w każdym czasie z zachowaniem 1 – miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana na mocy zgodnego pisemnego porozumienia stron w każdym czasie i w terminie wskazanym w porozumieniu.
3. **Mieszkaniec** może wypowiedzieć niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym z ważnych przyczyn, a w szczególności:
   1. stwierdzenia rażących naruszeń w świadczeniu usług, o których mowa w § 3 ust. 1 Umowy powstałych z winy DOM OPIEKI,
   2. przekazania Mieszkańca przez DOM OPIEKI do placówki medycznej, z powodu wskazań medycznych, na okres przekraczający 21 dni.
4. **DOM OPIEKI** może wypowiedzieć niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym z ważnych przyczyn, a w szczególności:
   1. rażącego nieprzestrzegania przez Mieszkańca Regulaminu DOM OPIEKI,
   2. stwarzania przez Mieszkańca zagrożenia dla zdrowia lub życia swojego, personelu medycznego lub innych Mieszkańców znajdujących się w DOM OPIEKI;
   3. w przypadku nierzetelnego i niezgodnego z prawdą poinformowania DOM OPIEKI o dolegliwościach, schorzeniach i przeciwwskazaniach do podjęcia warsztatów terapii zajęciowej występujących u Mieszkańca.
   4. nieuiszczenia przez Mieszkańca w terminach wskazanych w § 7 niniejszej umowy opłaty za pobyt Mieszkańca, pomimo upłynięcia wyznaczonego przez DOM OPIEKI dodatkowego terminu do jej uiszczenia.
5. Umowa wygasa w dniu śmierci Mieszkańca.

# § 7. PŁATNOŚCI

1. Świadczenie usług przez DOM OPIEKI jest odpłatne.
2. Opłata za pobyt Mieszkańca w DOM OPIEKI wynosi

……………. zł brutto za każdy miesiąc pobytu

( słownie: …………………………………….. złotych 00/100 )/

……………. zł za każdą 1 dobę pobytu

(słownie: ………………………………………. 00/100 ).

1. Za wykonane na rzecz Mieszkańca usługi dodatkowe DOM OPIEKI będzie pobierać opłaty dodatkowe, po ich zaakceptowaniu przez Mieszkańca.
2. Mieszkaniec zobowiązuje się uiścić pierwszą opłatę za pobyt najpóźniej w ciągu ….. dni roboczych po rozpoczęcia pobytu Mieszkańca w DOM OPIEKI.
3. Mieszkaniec zobowiązuje się uiszczać kolejne opłaty miesięczne z góry za każdy kolejny miesiąc pobytu Mieszkańca w DOM OPIEKI, na co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca.
4. Opłaty wskazane w ust. 2-5 niniejszego paragrafu Mieszkaniec ma obowiązek uiszczać

# przelewem na rachunek DOM OPIEKI w banku BNP Paribas Bank Polska S.A. o nr **84 1600 1462 1714 7774 3000 0001** na podstawie przedłożonej przez DOM OPIEKI faktury. Mieszkaniec upoważnia DOM OPIEKI do wystawiania faktury bez swojego podpisu.

1. W przypadku umowy na czas nieokreślony DOM OPIEKI zastrzega sobie prawo zmiany wysokości opłat po uprzednim powiadomieniu Mieszkańca (lub Opiekuna) z zachowaniem jednomiesięcznego terminu.
2. W przypadku braku zgody Mieszkańca lub Opiekuna na dokonanie czynności, o której mowa w ust. 7 przysługuje im prawo do jednostronnego wypowiedzenia przedmiotowej umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
3. W przypadku urlopowania Mieszkańca lub pozostawania przez niego z innych przyczyn poza DOM OPIEKI (w tym pozostawanie w innej placówce lub w szpitalu) – Mieszkaniec obowiązany jest do uiszczenia ….% stawki za osobodzień tytułem „zajętego łóżka” za każdy dzień urlopowania lub nieobecności z jakiejkolwiek innej przyczyny. Przy czym brak jest minimalnego oraz maksymalnego okresu urlopowania.

# Załączniki:

1. Regulamin DOM OPIEKI
2. Klauzula RODO
3. Zgoda na rozpowszechnianie wizerunku
4. Karta zgłoszenia do DOM OPIEKI
5. Spis rzeczy wnoszonych przez Mieszkańca.
6. Pełnomocnictwo/Orzeczenie Sądu

…………………………………………… ………………………………………….. MIESZKANIEC DOM OPIEKI

……………………………………………. OPIEKUN