I-ZP.271.5.2019  **Zał. Nr 9 do SIWZ**

**KONTRAKT TRÓJSTRONNY**

 **dot. usługi opiekuńcze**

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

*(rodzaj usługi)*

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

**pn.**

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

 Gminnym Osrodkiem Pomocy Społecznej w Staninie, posługującym się Numerem Identyfikacji Podatkowej oraz numerem...................... REGON.............. , reprezentowanym przez Kierownika-Panią ......................realizującą projekt: ……………………………………………………. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 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**

* **KONTRAKT TRÓJSTRONNY NA …….……………………………………………………………………………………….** , zwany dalej „Kontraktem”, zostaje zawarty do 31.08.2020r.
* Celem kontraktu jest realizacja usług …………………………………………………………………………………………. w ramach projektu pt. „………………………………………………. realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 11 Usługi społeczne, Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne . Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Zakres kontraktu opracowany został na podstawie wywiadu pogłębionego przeprowadzonego z Uczestnikiem Projektu w dniu: ……………………………………………………………………………………………………..

**§ 2**

* Uczestnik Projektu korzystać będzie z ……………………………………………………………………………………………… w wymiarze ………………. godzin tygodniowo/miesięcznie\*, rozpoczynając od dnia …………………………………………………………., do dnia zakończenia realizacji Projektu, tj. do dnia 31 .08.2020 roku.
* Harmonogram wsparcia ustalony zostanie przez Osobę świadczącą usługi, w oparciu o potrzeby i możliwości Uczestnika projektu.
* Miejsce świadczenia usług: ………………………………………………………………………………………………………………
* Dopuszcza się zmianę liczby godzin przydzielonego wsparcia. Dokonanie zmian wymaga formy pisemnej.
* Świadczenia realizowane w ramach projektu są nieodpłatne.

**§ 3**

* Zakres usług świadczonych przez Osobę świadczącą usługi na rzecz Uczestnika Projektu obejmuje w szczególności świadczenie usługi ………………………………………………………………………….
* Szczegółowy zakres usług świadczonych na rzecz Uczestnika Projektu stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Kontraktu.

**§ 4**

* 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.
* 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.
* 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.
* 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**

* Kontrakt został zawarty na czas trwania form wsparcia i nie dłużej niż do zakończenia projektu tj. 31 sierpnia 2020 roku.
* 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*