Załącznik do Uchwały Nr…./2021   
Rady Miejskiej w Stalowej Woli z dnia…… 2021

**Program Osłonowy Gminy Stalowa Wola pn. „Teleopieka”**

**Wstęp**

Program osłonowy Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”, zwany dalej „Programem” jest programem mającym na celu zapewnienie lepszej pomocy osobom starszym, samotnym, niesamodzielnym, niepełnosprawnym zamieszkującym na terenie gminy Stalowa Wola.

Program odpowiada na problemy zdefiniowane w Stalowowolskim Programie Wspierania Seniorów na lata 2021-2023 przyjętym Uchwałą Nr XXXVII/408/2021 Rady Miejskiej   
w Stalowej Woli z dnia 15 lutego 2021 r. i wpisuje się w rozwijanie usług sprzyjających poprawie sytuacji życiowej i społecznej osób wymagających wsparcia w miejscu zamieszkania.

Ten rodzaj wsparcia był realizowany i testowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej   
w Stalowej Woli w ramach projektu „Anioł Stróż” od 1 sierpnia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.   
na podstawie uchwały Nr XIV/158/2019 Rady Miejskiej w Stalowej Woli z dnia 19 sierpnia 2019 r..

**I. Postanowienia ogólne**

Usługi teleopieki świadczone w ramach Programu polegają na zapewnieniu dostępu do bezpłatnej teleopieki domowej, realizowanej przez zewnętrzny podmiot na mocy umowy zawartej z Gminą Stalowa Wola w tym przedmiocie.

Program skierowany jest do seniorów lub osób z niepełnosprawnościami zamieszkałych na terenie gminy Stalowa Wola, wymagających wsparcia, których stan zdrowia może powodować zagrożenie dla ich bezpieczeństwa, zdrowia lub życia.

**II. Cel Programu.**

Wdrożenie systemu teleopieki oraz wykorzystanie innowacyjnych technologii w ułatwieniu opieki nad osobami starszymi i osobami z niepełnosprawnościami, przyczyni się w znacznym stopniu do zwiększenia ich zaradności i samodzielności w codziennym życiu, poziomu poczucia bezpieczeństwa, a tym samym zmniejszenia poczucia zależności i bycia ciężarem dla bliskich a opiekunom umożliwi pogodzenie ról, które wypełniają w społeczeństwie. Podtrzymywanie dobrej kondycji psychicznej i fizycznej osób starszych i osób   
z niepełnosprawnością pozwoli na ich większą samodzielność i na dłuższe pozostanie   
w dotychczasowych środowiskach zamieszkania.

Usługa teleopieki nie zastępuje opieki fizycznej, stanowi jej efektywne uzupełnienie. Polega na zapewnieniu mieszkańcom dostępu do telefonicznej opieki domowej, całodobowym elektronicznym monitoringu i przyzywaniu natychmiastowej pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia, bezpieczeństwa użytkowników usługi teleopieki.

**III. Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu.**

1. Teleopieka skierowana jest do osób, które z uwagi m.in. na wiek, chorobę, niepełnosprawność, ograniczoną mobilność lub inne wskazane obiektywne trudności wymagają wsparcia w tej formie a nie są w stanie samodzielnie zabezpieczyć sobie Opaski niezbędnej do realizacji tej usługi.
2. Usługa teleopieki świadczona jest przez zewnętrzny podmiot realizujący usługę, na zasadach określonych w instrukcji obsługi urządzenia, który otrzymuje każda osoba zakwalifikowana do Programu wraz z Opaską oraz umową życzenia na bezpłatne korzystanie z Opaski, zawieraną przez podopiecznego z Gminą Stalowa Wola.
3. Opaska wyposażona jest w przycisk SOS przystosowany do nawiązywania połączenia głosowego z centrum teleopieki oraz dodatkowe funkcje, m.in. detektor upadku, lokalizator GPS, wysyłania informacji alarmowej na zadeklarowany numer telefonu, sygnalizowania konieczności zażycia leków.

4. Usługa teleopieki świadczona jest 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, zapewniając natychmiastową pomoc osobie zgłaszającej.

**IV. Warunki uczestnictwa w Programie.**

1. Osoby przystępujące do Programu obligatoryjnie muszą spełniać łącznie następujące   
   warunki:
2. posiadać miejsce zamieszkania na terenie Gminy Stalowa Wola;
3. mieć ukończony 60 rok życia i/lub posiadać niepełnosprawność w stopniu znacznym lub

umiarkowanym;

1. posiadać dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobą w rodzinie nie wyższy niż 400% kryterium dochodowego określonego zgodnie z art. 8 ust.1 pkt 1-3 ustawy o pomocy społecznej.

2. Osoby ubiegające się o uczestnictwo w Programie powinny udokumentować spełnianie kryteriów naboru do udziału w Programie poprzez złożenie następujących dokumentów:

1) wniosek o przystąpienie do Programu według wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do Programu;

2) oświadczenie o niesamodzielności – w przypadku osoby niesamodzielnej, według wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do Programu.

3. Przyjęcie dokumentów zgłoszeniowych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do   
 Programu.

4. Pierwszeństwo w uzyskaniu wsparcia w ramach Programu mają osoby, które spełniają   
 poniższe warunki, z uwzględnieniem ich wagi (waga malejąca):

1) osoby samotnie zamieszkujące i posiadające aktualne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub innym równoznacznym tj. I-ej / II-ej grupie inwalidztwa lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji/ częściowej niezdolności do pracy;

1. osoby posiadające aktualne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub innym równoznacznym tj. I-ej / II-ej grupie inwalidztwa lub   
   o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji/ częściowej niezdolności do pracy, które nie zamieszkują samotnie;
2. osoby niesamodzielne minimum w jednej czynności określonej w Załączniku nr 2 do Programu (nieposiadające orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub innym równoznacznym);
3. osoby objęte jedną z form usług opiekuńczych świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.
4. Weryfikacja przedłożonych przez osoby dokumentów następuje na podstawie przedłożonego, odpowiednio jeśli dotyczy, przez Osobę zakwalifikowaną:

1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności;

2) dokumentu poświadczającego stan zdrowia i zakres niesamodzielności.

**V. Warunki rozpoczęcia świadczenia usług**

Warunkiem rozpoczęcia świadczenia usług w ramach Programu jest łącznie:

1. poświadczenie faktu zapoznania się osoby/świadczeniobiorcy z instrukcją obsługi Opaski;
2. zapoznanie się z klauzulą informacyjną/klauzulę zgody na przetwarzanie danych osobowych według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do Programu;
3. podpisanie przez osobę zakwalifikowaną do Programu umowy bezpłatnego korzystania

z Opaski z Gminą Stalowa Wola/ Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Stalowej Woli, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4;

**V. Nadzór i realizacja Programu**

1. Podmiotem nadzorującym realizację Programu Osłonowego pn. ,, Teleopieka” jest Prezydent   
 Miasta Stalowej Woli.

2. Realizatorem, programu jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej   
 Woli.

3. Do zadań realizatora należy:

1) planowanie wysokości środków finansowych na realizację programu,

2) diagnoza środowisk i grup społecznych będących adresatami programu,

3) przyznawanie i rozliczanie pomocy,

4) przygotowywanie danych dotyczących realizacji programu,

5) sprawozdanie z wykonania programu ujęte w rocznym Sprawozdaniu z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli przedstawione Radzie Miejskiej w Stalowej Woli.

**VI. Finansowanie Programu**

Program Osłonowy Gminy Stalowa Wola pn. ,,Teleopieka” będzie finansowany ze środków zabezpieczonych w budżecie w dziale 852 – Pomoc społeczna, rozdziale 85295 – Pozostała działalność.

**VII. Wykaz załączników do Programu:**

Załącznik Nr 1 - Wniosek o przystąpienie do Programu.

Załącznik Nr 2 - Oświadczenie o niesamodzielności.

Załącznik Nr 3 - Klauzula informacyjna.

Załącznik Nr 4 – Umowa użyczenia.

*Załącznik Nr 1 do Programu Osłonowego Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”*

....................................................................................

Imię i nazwisko

.................................................................................... ....................................................................................

adres zamieszkania

....................................................................................

PESEL

....................................................................................

telefon kontaktowy lub e-mail

**Wniosek o przystąpienie do**

**Programu Osłonowego Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”**

Ja niżej podpisana/y zgłaszam potrzebę i chęć skorzystania z usługi teleopieki w ramach Programu Osłonowego Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”

Oświadczam, że:

1. Zamieszkuję na terenie Gminy Stalowa Wola, pod adresem wskazanym w niniejszym wniosku.

2. Ukończyłam/łem 60 rok życia: TAK NIE\*

3. Posiadam:

orzeczenie o znacznym/umiarkowanym \* stopniu niepełnosprawności lub równoznaczne

inny dokument poświadczający że mój stan zdrowia wskazuje na ograniczoną   
 samodzielność/zakres niesamodzielności.

4. Jestem osobą zamieszkującą\* :

samotnie

wspólnie z rodziną .

5. Posiadany przeze mnie dochód / dochód na osobę w rodzinie\* wynosi netto ………… zł.

i nie przekracza kwoty 400% kryterium dochodowego o którym mowa w art.8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej\*\*

6. Posiadam dostęp do dowolnego abonamentu telefonii stacjonarnej lub sieci GSM.

7. Posiadam zdolność do obsługi przycisku SOS

8. Zobowiązuję się nosić opaskę na nadgarstku i zapewnić właściwy poziom naładowania baterii w opasce;

9. Zapoznałam/łem się z zasadami uczestnictwa w Programie Osłonowym Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”.

10. Zapoznałam/em się z informacją na temat przetwarzania danych osobowych w ramach   
w Programie Osłonowym Gminy Stalowa Wola ,, Teleopieka”

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

\*niewłaściwe skreślić

\*\* kwota 400 % kryterium dochodowego określonego w art.8 ust.1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (po zmianie od 1 stycznia 2022 roku) wynosi:

* + - * dla osoby samotnie gospodarującej 776 zł x 400 % = 3104,00 zł.
* dla osoby w rodzinie 600 zł x 400% = 2400,00 zł.

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

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

*Załącznik Nr 2 do Programu Osłonowego Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”*

**OŚWIADCZENIE O NIESAMODZIELNOŚCI**

Ja niżej podpisana/y

..........................................................................................................................

(imię i nazwisko)

PESEL:.............................................................................................................

**oświadczam**, że 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

**□** 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 Programu Osłonowego Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”*

**Klauzula informacyjna**

**Dlaczego przedstawiamy klauzule informacyjną?**

W związku z Rozporządzeniem 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(Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016) (RODO) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli jako administrator danych zobowiązany został do informowania o m.in. celu i zakresie przetwarzania danych osobowych w klauzuli informacyjnej.

**Kto jest administratorem i inspektorem danych osobowych?**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli z siedzibą przy ul. Dmowskiego 1, 37-450 Stalowa Wola. Inspektorem Ochrony Danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Stalowej Woli jest Pan Paweł Lada. Kontakt jest możliwy przez e-mail: [pawellada@mops-stalwol.pl](mailto:pawellada@mops-stalwol.pl) lub telefonicznie 15 842 50 97 wew. 40. Inspektor ochrony danych na podstawie art. 38 ust. 5 RODO jest zobowiązany do zachowania tajemnicy lub poufności co do wykonywania realizowanych zadań zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

**Jaki jest cel i zakres przetwarzania?**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji, realizacji umowy, rozliczenia środków oraz wypełnienia obowiązku prawnego przez MOPS w Stalowej Woli zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na podstawie Państwa zgody wyrażonej  
w formularzu a ich podanie jest dobrowolne. Po pomyślnym przejściu rekrutacji Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu uczestnictwa w Programie osłonowym, na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej i przechowywane będą przez okres 50 lat zgodnie   
z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. 2020 poz. 164). Karty zgłoszeniowe przesłane na podstawie zgody, które nie przejdą przez etap rekrutacji zostaną zniszczone do końca/w ciągu ……………………….

**Jakie są Pani/Pana prawa?**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, jak również ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, a także prawo do wycofania zgody na etapie rekrutacji bez wpływu na zgodność przetwarzania przed wycofaniem zgody.

**Informacje o odbiorcach danych**

Ze względu na konieczność przetwarzania danych przez inne podmioty Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być:

1. Organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów w zakresie i celach związanych z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa (np. w celach kontrolnych Administratora).
2. Inne podmioty obsługujące Administratora lub mające zawartą z administratorem umowę niezbędne do realizacji danego celu, w tym ………………. świadcząca usługi teleopieki.
3. Stalowowolskie Centrum Usług Wspólnych jako jednostka obsługująca, w związku   
   z zadaniami określonymi Uchwałą Rady Miasta.

**Pozostałe Informacje o przetwarzaniu danych**

Pani/Pana dane osobowe nie będą profilowane ani przekazywane do państw trzecich.

.........................................................

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

*Załącznik Nr 4 do Programu Osłonowego Gminy Stalowa Wola pn. ,, Teleopieka”*

**UMOWA UŻYCZENIA**

**NR ..........……...**

Zawarta w dniu ………………………………. w Stalowej Woli, pomiędzy Gminą Stalowa Wola z siedzibą w Stalowej Woli, ul. Wolności 7, reprezentowaną przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli, z siedzibą w Stalowej Woli,   
ul. Dmowskiego 1: - ………………………………………….…, działającego na podstawie pełnomocnictwa udzielonego z dniem …………………………… przez Prezydenta Miasta Stalowej Woli, zwanym dalej „**Użyczającym”**,

**a**

**Panem/Panią** ……………………………………………….…..zamieszkałym/ą w Stalowej Woli, …………………………………………………., legitymującym/ą się dowodem osobistym Nr …………………………. , zwanym/ą dalej **„Biorącym w używanie”**

**o treści następującej :**

**§ 1**

1. Użyczający użycza i daje w bezpłatne używanie Biorącemu w używanie, a Biorący przyjmuje do używania opaskę, tj. urządzenie do teleopieki, zwane dalej „Urządzeniem” .
2. Urządzenie objęte jest usługą monitoringu i wyposażone w przycisk alarmowy, umożliwiający wezwanie natychmiastowej pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa osób niesamodzielnych (niepełnosprawnych).

**§ 2**

1. Urządzenie będące przedmiotem użyczenia  pozwala przez 24 godziny na dobę, w sposób zdalny i automatyczny monitorować przez wytypowane przez Użyczającego Centrum Telemonitoringu, stan zdrowia użytkownika Urządzenia oraz przyjmować informacje o wystąpieniu stanu zagrożenia i reagować na nie.
2. Przedmiotem użyczenia jest Urządzenie o numerze inwentarzowym ……….………..., którego wartość wynosi …………………. zł.
3. Biorący w używanie przyjmuje Urządzenie do używania na czas oznaczony, od dnia podpisania umowy, do dnia …………………. r.

**§ 3**

1. Biorący w używanie oświadcza, że odebrał przedmiot użyczenia, zapoznał się z jego stanem, i stwierdza, że jest ono przydatne do umówionego użytku i nie zgłasza żadnych zastrzeżeń.
2. Biorący w używanie oświadcza, że został przeszkolony w zakresie prawidłowego używania Urządzenia .
3. Biorący w używanie zobowiązuje się do używania Urządzenia w sposób odpowiadający jego właściwościom i zgodnie z jego przeznaczeniem oraz do utrzymania go w należytym stanie.
4. Biorący w używanie jest zobowiązany do szczególnej ochrony urządzenia przed jego utratą.
5. Biorącemu w używanie nie wolno oddawać Urządzenia do używania osobom trzecim, w jakimkolwiek celu i pod jakimkolwiek tytułem prawnym.

**§ 4**

1. Biorący w używanie jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Użyczającego o wszelkich okolicznościach mogących narazić Urządzenie na uszkodzenie lub zniszczenie, bądź też mogących spowodować utratę Urządzenia przez Biorącego.
2. Urządzenie objęte jest gwarancją i w przypadku jego awarii, Biorący w użyczenie jest zobowiązany do zgłoszenia naprawy Użyczającemu, który podejmie stosowne działania.

**§ 5**

1. Użyczający zastrzega sobie prawo kontroli sposobu użytkowania urządzenia przez Biorącego w używanie.
2. W przypadku stwierdzenia korzystania z Urządzenia niezgodnie z jego przeznaczeniem, narażenia go na uszkodzenie lub utratę, bądź też w razie powierzenia urządzenia osobie trzeciej, Użyczający będzie mógł rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym, a Biorący w używanie zobowiązany będzie do zwrotu urządzenia. Rozwiązanie Umowy następuje na skutek pisemnego oświadczenia woli.
3. Użyczający nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenia ciała lub zdrowia Biorącego w używanie spowodowane używaniem sprzętu w sposób sprzeczny z jego właściwościami i przeznaczeniem, określonymi w instrukcji używania, a także niezgodnie z zaleceniami lekarskimi.

**§ 6**

1. Po upływie okresu obowiązywania umowy, określonego w § 2 ust.3, Biorący   
   w używanie bez wezwania ze strony Użyczającego zwróci Urządzenie Użyczającemu w stanie niepogorszonym, z uwzględnieniem stopnia zużycia Urządzenia będącego następstwem jego prawidłowego używania,
2. Zwrot urządzenia nastąpi do rąk przedstawiciela Użyczającego, w jego siedzibie lub w miejscu zamieszkania Biorącego w używanie po zakończeniu udziału nie później niż do dnia …………..

**§ 7**

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony i obowiązuje od dnia jej podpisania przez obie Strony, do dnia……………….r.
2. Każda ze stron może wypowiedzieć niniejsza umowę zachowując okres wypowiedzenia wynoszący jeden miesiąc. Wypowiedzenie wymaga zachowania pisemnej formy oświadczenia woli.

**§ 8**

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do Umowy pod rygorem nieważności.

**§ 9**

W sprawach nie uregulowanych w niniejszej Umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

**§ 10**

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

……………………………………………. ……………………………….. **UŻYCZAJĄCY BIORĄCY w UżyWANIE**