

Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

**UMOWA NR 4/S/KUJAWSKO-POMORSKIE
W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA USŁUGI INDYWIDUALNEGO WSPARCIA SPECJALISTYCZNEGO –
PSYCHOLOGICZNEGO**

Zawarta w dniu roku w Warszawie, pomiędzy:

Fundacją Aktywnej Rehabilitacji „FAR” z siedzibą w Warszawie 02-574, przy ul. Łowicka 19, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000032645, REGON 001351753, NIP 113-10-79-557

reprezentowaną przez:

Rafał Skrzypczyk – v-ce Prezes Zarządu

Lidia Krasowicz – członek Zarządu

zwaną „Zamawiającym”

a

.....
reprezentowanym przez:

.....
zwanym „Wykonawcą”, zwanych łącznie „Stronami”.

PREAMBUŁA

W związku z zaakceptowaną przez Zamawiającego ofertą, złożoną przez Wykonawcę, w zakresie świadczenia usługi **Indywidualnego wsparcia specjalistycznego – psychologicznego** (zwanego dalej Wsparcie) dla uczestników/czek projektu pt. „Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II” (zwanego dalej Projekt), realizowanego na podstawie Umowy o zlecenie realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zawartej pomiędzy Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a Fundacją Aktywnej Rehabilitacji „FAR”, Strony postanawiają zawrzeć niniejszą umowę.

§ 1.

PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest świadczenie usługi **Indywidualnego wsparcia specjalistycznego – psychologicznego**, dla 5 uczestników/czek Projektu w województwie kujawsko-pomorskim. Wsparcie dla 1 uczestnika/czki to trzy sesje, z których każda trwa dwie godziny. Godzina Wsparcia wynosi 60 minut.
2. Wykonawca zobowiązuje się zrealizować Wsparcie, polegające na:
 - udzieleniu Wsparcia dla 5 uczestników/czek Projektu,
 - prowadzeniu dokumentacji z zakresu Wsparcia z zachowaniem poufności do wszelkich informacji uzyskanych w trakcie jego realizacji,
 - wykorzystywaniu w trakcie Wsparcia aktywnych i nowoczesnych metod.
3. Podstawowe zagadnienia z zakresu Wsparcia:
 - przepracowanie postaw związanych z niepełnosprawnością, biernością, brakiem wiary w możliwość zmiany, przedmiotowym uzależnieniem od innych osób,
 - analiza i przepracowanie obaw związanych ze zmianą organizacji życia, konieczności sprostania obowiązkom pracowniczym, poddania się ocenie przez inne osoby i utratą statusu osoby wymagającej pomocy,
 - radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie sytuacji konfliktowych, sprostanie obciążeniom wynikającym z nowej sytuacji związanej z podjęciem aktywności zawodowej,
 - interwencje dotyczące zachowań lękowych, wycofania, utraty motywacji do dalszych działań,
 - wsparcie w relacjach z przełożonymi oraz członkami zespołu pracowniczego, rozpoznanie zwyczajów i praktyk panujących w firmie i przedstawienie ich uczestnikom/czkom w optymalnej formie ze zwróceniem uwagi na kluczowe zagadnienia, ustalenie osoby w zespole pracowniczym pełniącej rolę mentora – osoby wspierającej,
 - identyfikacja i wzmocnienie kompetencji społecznych niezbędnych na danym stanowisku pracy,

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundacji PZU

Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

- wsparcie w dokonywaniu samooceny wykonywanych zadań i podejmowaniu samodzielnych działań w przypadku trudności,
 - kształtowanie i wzmacnianie identyfikacji uczestników/czek z miejscem pracy i rolą pracownika, stosowanie zindywidualizowanego systemu motywacji adekwatnego do etapu zatrudnienia, poziomu zaangażowania uczestników/czek, osiąganych postępów i efektywności.
4. Wykonawca, usługi określone w ust. 1, wykonywać będzie w miejscu ustalonym indywidualnie, zgodnie z potrzebami i możliwościami Uczestnika/czki Projektu. Miejscem wykonania Wsparcia może być miejsce zamieszkania uczestnika/czki, regionalny punkt aktywizacji społeczno-zawodowej FAR w Bydgoszczy lub siedziba Wykonawcy stanowiąca Jego miejsce pracy.
5. Strony ustalają łączny czas udzielonego Wsparcia dla 5 uczestników/czek Projektu, w wymiarze 30 godzin zegarowych.
6. Do kontaktów w sprawie niniejszej umowy upoważnione są następujące osoby:
- ze strony Wykonawcy:, telefon:, e-mail:
 - ze strony Zamawiającego: Joanna Fluks, telefon: 22 651 88 02 wew. 45, e-mail: joanna.fluks@far.org.pl

§ 2.

CZAS TRWANIA UMOWY

1. Termin wykonania przedmiotu umowy Strony ustaliły na okres 22.11.2023 r.-31.03.2024 r. Dokładne daty Wsparcia będą ustalane indywidualnie, zgodnie z potrzebami i możliwościami uczestnika/czki Projektu.

§ 3.

WYNAGRODZENIE

1. Tytułem wynagrodzenia, za wykonanie przedmiotu umowy, Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie w wysokości zł brutto brutto (słownie: 00/100) za każdą godzinę przeprowadzonego Wsparcia. Wszelkie koszty dojazdu na Wsparcie, Wykonawca pokrywa we własnym zakresie.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, płatne będzie na rzecz Wykonawcy na podstawie dokumentu księgowego (rachunek/faktura), wystawionego do 7 dni od daty zrealizowania Wsparcia i zgodnego z podpisanym przez obie Strony protokołem odbioru przedmiotu umowy.
3. Zamawiający zakłada rozliczenie miesięczne.
4. W przypadku realizacji Wsparcia w miesiącu marcu 2024 roku, rozliczenie wraz z pełną dokumentacją Wsparcia musi zostać przekazane Zamawiającemu najpóźniej do 31 marca 2024 roku. W momencie, gdy dokumentacja nie zostanie dostarczona we wskazanym terminie lub gdy nie będzie prawidłowa, Zamawiający ma prawo do odmowy zapłaty za przedmiotowe Wsparcie.
5. Płatność z tytułu realizacji umowy zostanie dokonana na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe, w terminie 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionego dokumentu księgowego (rachunek/faktura).
6. Dotrzymanie terminu płatności dla Wykonawcy uzależnione jest od terminu wpłynięcia na konto Zamawiającego środków przeznaczonych na pokrycie wydatków związanych z realizacją Projektu na etapie, w którym uczestniczył Wykonawca i może ulec opóźnieniu, na co Wykonawca wyraża zgodę.
7. Wynagrodzenie współfinansowane jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Zmiana liczby uczestników/czek nie wpływa na zmianę kwot określonych w § 3 ust. 1, ani nie stanowi podstawy do żądania przez Wykonawcę zwiększenia należnego mu wynagrodzenia.
9. W przypadku konieczności przerwania Wsparcia, Wykonawcy będzie przysługiwało częściowe wynagrodzenie, w wysokości proporcjonalnej do ilości zrealizowanych godzin. Wykonawca otrzyma wynagrodzenie tylko za Wsparcie, które rzeczywiście zostało zrealizowane.

§ 4.

KARA UMOWNA

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną:
- w wysokości 1 % wartości wynagrodzenia brutto brutto należnego Wykonawcy określonego w § 3 ust. 1 umowy, pomnożonego przez liczbę uczestników/czek zgłoszonych na Wsparcie wymienionych w umowie – w przypadku nienależytego wykonania przedmiotu niniejszej umowy – za każdy przypadek naruszenia,

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundacji PZU

Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

- w wysokości 10 % wartości wynagrodzenia brutto brutto należnego Wykonawcy określonego w § 3 ust. 1 umowy, pomnożonego przez liczbę uczestników/czek zgłoszonych na Wsparcie, wymienionych w umowie – w przypadku odstąpienia przez Zamawiającego od Umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
- 2. Zastrzeżona w ust. 1 powyżej kara umowna nie wyłącza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania w wysokości przenoszącej wysokość zastrzeżonej kary umownej.
- 3. Przez nienależyte wykonanie umowy należy rozumieć m.in. naruszenie postanowień niniejszej umowy oraz sytuacje, w których Zamawiający powziął wiadomość o wszelkiego rodzaju zastrzeżeniach, uchybieniach, zaniedbaniach lub innych zachowaniach świadczących o nienależytym wykonaniu umowy, które zostały wpisane do protokołu odbioru przedmiotu umowy.

§ 5.

OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY

1. Wykonawca oświadcza, że spełnia niezbędne wymagania, zapewniające świadczenie usługi objętej umową na najwyższym poziomie, w sposób staranny i sumienny, według standardów i norm w tym zakresie stosowanych, rozumiane jako:
 - wykształcenie wyższe związane z rodzajem wsparcia, z prawem wykonywania zawodu bez ograniczeń, potwierdzone np. dyplomem,
 - doświadczenie zawodowe w indywidualnych i/lub grupowych formach wsparcia, rozumiane jako wykonanie co najmniej 100 godzin wsparcia, w okresie pięciu lat przed upływem terminu składania ofert,
 - doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością w indywidualnych i/lub grupowych formach wsparcia, rozumiane jako wykonanie co najmniej 50 godzin wsparcia w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia, w okresie jednego roku przed upływem terminu składania ofert.
2. Wykonawca zobowiązuje się do osobistego wykonania umowy. Wykonawca nie może powierzyć wykonania czynności wynikających z niniejszej umowy podwykonawcy.
3. Wykonawca oświadcza, że dysponuje potencjałem organizacyjno-technicznym oraz znajduje się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej wykonanie przedmiotu umowy.
4. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym równości płci, wzajemnego szacunku i partnerskich relacji między płciami, jak również niedopuszczania do dyskryminacji ze względu m.in. na wiek, wykształcenie, poglądy, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię lub przekonania, orientację seksualną czy niepełnosprawność.
5. Wykonując przedmiot umowy, Wykonawca zobowiązuje się do terminowego i profesjonalnego działania, zgodnie z przepisami prawa polskiego.
6. Wykonawca oświadcza, że wszelkie materiały i dokumenty, w których posiadanie wejdzie w związku z realizacją Wsparcia, są i pozostaną własnością Zamawiającego. Wykonawca zwróci je Zamawiającemu nie później, niż w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia umowy.
7. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia Wsparcia zgodnie z zakresem, terminem i miejscem, o których mowa w §1 oraz § 2.
8. Wykonawca zobowiązuje się w toku realizacji umowy do bezwzględnego stosowania Wytycznych w zakresie kwalifikowalności kosztów w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zawartymi w rozdz. VI załącznika nr 8 do Zasad wspierania realizacji zadań opracowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie maksymalnego dopuszczalnego łącznego limitu zaangażowania we wszystkich projektach dofinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w liczbie 276 godzin miesięcznie.
9. Wykonawca zobowiązuje się do prawidłowego, systematycznego i terminowego prowadzenia dokumentacji związanej z realizacją przedmiotu umowy. Po zakończeniu Wsparcia, Wykonawca zobowiązuje się przedstawić następujące dokumenty:
 - Indywidualna karta uczestnika/czki,
 - lista wsparcia,
 - karta czasu pracy.
10. Wykonawca zobowiązuje się do bieżącego informowania Zamawiającego o problemach mogących mieć wpływ na terminową lub prawidłową realizację przedmiotu umowy.

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundacji PZU



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



FUNDACJA

Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

11. Wykonawca zobowiązuje się do wspomagania promocji i ewaluacji – informowania o współfinansowaniu Projektu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, współpracy z Zamawiającym w mierzeniu postępów uczestników/czek Projektu w zakresie rezultatów Projektu.
12. Wykonawca zobowiązuje się do informowania uczestników/czek Projektu o ich wynikach, osiągnięciach, rekomendacjach.
13. Wykonawca przy wykonywaniu przedmiotu umowy odpowiedzialny jest za jakość i wyniki świadczonej usługi.
14. Wykonawca zobowiązuje się przedstawić polisy ubezpieczenia OC i NNW na każde żądanie Zamawiającego.
15. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia bezpieczeństwa higieniczno-sanitarnego oraz zdrowotnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zasadami oraz wytycznymi przeciwepidemicznymi.

§ 6.

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Wykonawca:
 - zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz obowiązujących u Administratora procedur w zakresie przetwarzania danych osobowych,
 - oświadcza, że w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, jak również po jej ustaniu, zachowa pełną poufność w stosunku do wszelkich informacji wynikających z niniejszej umowy i nie wyjawia ich osobom trzecim oraz że wykonywane przez niego czynności nie będą naruszać praw osób trzecich i obowiązującego prawa,
 - wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania.
2. Zamawiający jest Administratorem danych osobowych uczestników/czek Wsparcia. W celu realizacji przedmiotu umowy Zamawiający powierzy Wykonawcy dane osobowe uczestników/czek Wsparcia.
3. Zamawiający udzieli właściwego Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.

§ 7.

ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Każda ze Stron może rozwiązać umowę z 7-dniowym wypowiedzeniem wyrażonym w formie pisemnej pod rygorem nieważności, jednak nie później niż 5 dni przed planowanym rozpoczęciem udzielenia Wsparcia.
2. Mimo ustaleń zawartych w ustępie poprzedzającym umowa podlega natychmiastowemu rozwiązaniu na podstawie pisemnego oświadczenia przez jedną ze Stron, w przypadku, jeżeli:
 - druga Strona nie będzie w stanie wypełnić któregoś z postanowień niniejszej umowy,
 - druga Strona zostanie postawiona w stan likwidacji lub zostanie jej wyznaczony likwidator czy inna osoba upoważniona do likwidacji,
 - zostanie ogłoszona upadłość drugiej Strony,
 - wobec drugiej Strony wszczęto postępowanie restrukturyzacyjne.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 powyżej, Zamawiający ma prawo żądać od Wykonawcy odszkodowania w wysokości rzeczywiście poniesionych szkód z powodu rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy. Zamawiający przedstawi Wykonawcy szczegółowe rozliczenie poniesionych kosztów.

§ 8.

ZMIANA TREŚCI UMOWY

Strony przewidują możliwość dokonywania istotnych zmian postanowień niniejszej umowy w m.in. w zakresie:

- terminu realizacji umowy,
- zasad płatności,
- zakresu rzeczowego, przy czym ewentualne zwiększenie zakresu rzeczowego realizacji zamówienia nie może prowadzić do zwiększenia wartości zamówienia o więcej niż 50% wartości zamówienia określonej w pierwotnej umowie, zawartej na podstawie oferty złożonej przez wybranego Wykonawcę.

§ 9.

KONTROLA PRZEDMIOTU UMOWY

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundacji PZU



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



FUNDACJA

Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli Wykonawcy w zakresie prawidłowości realizacji postanowień niniejszej umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się poddać kontroli dokonywanej przez Zamawiającego, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz inne uprawnione podmioty w zakresie prawidłowości realizacji Projektu.
3. Na żądanie kontrolującego, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2, Wykonawca udostępni do wglądu dokumenty związane z realizacją niniejszej umowy w tym również ewentualne dokumenty finansowe związane z realizacją niniejszej umowy oraz udzieli wszelkich niezbędnych informacji.

§ 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Oferta złożona w toku Zapytania ofertowego stanowi integralną część niniejszej umowy.
2. Wszelkie zmiany w umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Sprawy sporne, wynikłe z zastosowania niniejszej umowy, będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązujące, w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....
Zamawiający

.....
Wykonawca

Załączniki:

1. Wzory dokumentów związanych z realizacją Wsparcia:
 - Indywidualna karta uczestnika/czki,
 - lista wsparcia,
 - karta czasu pracy,
 - protokół odbioru przedmiotu umowy.
2. Oświadczenie osoby biorącej udział w realizacji Projektu.
3. Oświadczenie osoby upoważnionej.
4. Dokumenty rejestrowe prowadzonej działalności gospodarczej (wymagane w przypadku, gdy od momentu złożenia oferty zostały wprowadzone w nich zmiany – jeśli dotyczy).

Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

**Indywidualna karta Uczestnika/ Uczestniczki
przygotowana przez psychologa**

Indywidualne wsparcie psychologiczne

Imię i nazwisko Uczestnika/czki:

Data urodzenia, wiek:

Stopień i rodzaj niepełnosprawności, ograniczenia z niej wynikające:

.....
.....

Charakterystyka uczestnika/czki (funkcjonowanie społeczne, dotychczasowe doświadczenie zawodowe, czas pozostawania bez pracy, itp.):

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

Wyznaczone wspólnie z Uczestnikiem/czką cele do osiągnięcia podczas wsparcia:

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

Osiągnięte cele:

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

Mocne strony Uczestnik/czki zdiagnozowane podczas wsparcia:

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

Obszar do dalszej pracy z uczestnikiem (wskazanie konkretnych działań i metod):

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

.....
podpis psychologa

LISTA WSPARCIA - COACH/PSYCHOLOG/PSYCHOTERAPEUTA

Własnoręcznym podpisem potwierdzam, że w ramach projektu „Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II” otrzymałem/am wsparcie ~~coacha~~/psychologa/psychoterapeuty*:

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Pesel:

Lp.	DATA WSPARCIA	LICZBA GODZ	FUNKCJA OSOBY UDZIELAJĄCEJ WSPARCIA	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UDZIELAJĄCEJ WSPARCIA	PODPIS OSOBY UDZIELAJĄCEJ WSPARCIA
1		2	psycholog		
		2	psycholog		
2		2	psycholog		

łącznie liczba godzin: 6

Podpis Beneficjenta:

.....

*niepotrzebne skreślić

Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

LISTA OBECNOŚCI /karta czasu pracy-sprawozdanie/

1. Nazwisko i imię:

2. Stanowisko/funkcja w projekcie:

Psycholog

3. Województwo:

kujawsko-pomorskie

LISTOPAD 2023

lp	data	czas pracy (od – do)	realizowane zadania	liczba godzin
1.	2023.11.01			
2.	2023.11.02			
3.	2023.11.03			
4.	2023.11.04			
5.	2023.11.05			
6.	2023.11.06			
7.	2023.11.07			
8.	2023.11.08			
9.	2023.11.09			
10.	2023.11.10			
11.	2023.11.11			
12.	2023.11.12			
13.	2023.11.13			
14.	2023.11.14			
15.	2023.11.15			
16.	2023.11.16			
17.	2023.11.17			
18.	2023.11.18			
19.	2023.11.19			
20.	2023.11.20			
21.	2023.11.21			
22.	2023.11.22			
23.	2023.11.23			
24.	2023.11.24			
25.	2023.11.25			
26.	2023.11.26			
27.	2023.11.27			
28.	2023.11.28			
29.	2023.11.29			
30.	2023.11.30			
Ogółem liczba godzin przepracowanych w projekcie w miesiącu				0

Oświadczenie

1. Oświadczam, że moje łączne zaangażowanie w realizację zadań we wszystkich projektach (finansowanych ze środków PFRON, funduszy strukturalnych, Funduszu Spójności oraz innych źródeł, w tym środków własnych FAR i innych podmiotów) nie przekroczyło/przekroczyło* 276 godzin miesięcznie.

2. Zobowiązuję się udostępnić, na każde żądanie FAR, ewidencję godzin oraz zadań wykonywanych w projektach, których realizatorem nie jest FAR (w odniesieniu do okresu realizacji projektu FAR).

3. Oświadczam, że obciążenie wynikające z mojego zaangażowania w działania projektowe nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji powierzonych mi zadań.

*niewłaściwe skreślić

.....
podpis psychologa

.....
podpis zatwierdzającego

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundacji PZU

Warszawa, [...] r.

**PROTOKÓŁ ODBIORU PRZEDMIOTU UMOWY
częściowy/końcowy***

dotyczy Umowy nr 4/S/KUJAWSKO-POMORSKIE z dniar.

Zamawiający: Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR” ul. Łowicka 19, 02-574 Warszawa,

Wykonawca:

Przedmiot zamówienia: świadczenie usługi Indywidualnego wsparcia specjalistycznego – psychologicznego, realizowanego przez FAR w ramach projektu pt. „Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II”, w terminie 22.11.2023 r.-31.03.2024 r. dla łącznej liczby uczestników/czek 5, w łącznej liczbie godzin Wsparcia 30, w województwie kujawsko-pomorskim.

1. Okres, za jaki następuje rozliczenie: [...] r.
2. Liczba uczestników/czek w okresie rozliczeniowym: [...]
3. Liczba godzin Wsparcia w okresie rozliczeniowym: [...]

Zamawiający dokonuje odbioru zamówienia i stwierdza co następuje:

przedmiot zamówienia w w/w okresie rozliczeniowym został zrealizowany zgodnie z warunkami umowy bez zastrzeżeń/z zastrzeżeniami*, należycie/nienależycie*.

Zgłoszone zastrzeżenia: [...]

Mając na względzie powyższe Zamawiający wnioskuje o:

przyjęcie/nie przyjęcie* przedłożonego przedmiotu umowy, a tym samym stwierdza, że są/nie ma* podstawy do wypłaty należności określonej w § 3 ust. 1 umowy.

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

.....
Zamawiający

.....
Wykonawca

*niepotrzebne skreślić



Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II

OŚWIADCZENIE OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z wzięciem udziału w projekcie pn. „Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II” – zwanego dalej „Projektem” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorami moich danych osobowych są: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (zwany dalej „PFRON”) z siedzibą przy ul. Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR” (zwana dalej „FAR”) z siedzibą przy ul. Łowickiej 19, 02-574 Warszawa
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych PFRON – e-mail: iod@pfron.org.pl oraz inspektora ochrony danych FAR – e-mail: iodo@far.org.pl
- 3) przetwarzanie danych osobowych odbywa się 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) – zwanego dalej RODO, (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych
- 4) podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest:
 - zgoda, której udzieliłem/-am w zakresie i celu wynikającym z niniejszego dokumentu (art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO)
 - realizacja praw i obowiązków wynikających z wzięcia udziału w Projekcie (art. 6 ust. 1 lit. b) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO)
 - obowiązek prawny ciążyący na administratorach, wynikający z realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. c) RODO)
 - wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym przez administratorów w ramach Projektu (art. 6 ust. 1 lit. e) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) RODO)
 - prawnie uzasadniony interes, wynikający z Umowy zawartej przez FAR i PFRON na realizację Projektu (art. 6 ust. 1 lit. f) oraz art. 9 ust. 2 lit. d) RODO)
- 5) moje dane osobowe będą przetwarzane: przez FAR w celu realizacji Projektu, przez PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez FAR oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych (zgodnie z wytycznymi Projektu oraz „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zleczanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”); moje dane osobowe zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem przygotowanej przez PFRON aplikacji „System Ewidencji Godzin Wsparcia”
- 6) moje dane osobowe zostaną powierzone do przetwarzania Podmiotom, które na zlecenie PFRON lub FAR uczestniczą w realizacji projektu; moje dane osobowe mogą zostać przekazane Podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie PFRON lub FAR oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym Podmiotom realizującym na zlecenie PFRON lub FAR kontrole i audyt w ramach Projektu i „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zleczanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”
- 7) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt. 5, zaś niepodanie danych osobowych skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w Projekcie
- 8) kategoriami odbiorców danych są: Podmioty, które na zlecenie PFRON i FAR uczestniczą w realizacji w/w Projektu, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi, towarzystwa ubezpieczeniowe, Podmioty medyczne w zakresie medycyny pracy, Podmioty świadczące usługi w zakresie BHP oraz Podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji
- 9) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji Umowy o zlecenie realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zawartej przez PFRON i FAR oraz z przepisów prawa dotyczących archiwizacji
- 10) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu, i wycofania w dowolnym momencie udzielonej zgody, co nie wpływa na ważność udzielonej przeze mnie zgody przed jej wycofaniem. Jednocześnie jestem świadomy/-a, że wycofanie zgody skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w Projekcie
- 11) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO
- 12) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO

Oświadczam ponadto, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych administratorom (PFRON, FAR) dla celów związanych z realizacją w/w Projektu oraz wynikających z ww. oświadczeń.

PESEL osoby biorącej udział w realizacji Projektu

data i czytelny podpis osoby biorącej udział w realizacji Projektu

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundacji PZU



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



FUNDACJA

imię i nazwisko osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Oświadczam, że w związku z wzięciem udziału w realizacji projektu „Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia II” i upoważnieniem mnie do przetwarzania danych osobowych, zgromadzonych w celu realizacji w/w Projektu, zostałem/łam zapoznany/a ze stosownymi przepisami i standardami ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do ich przestrzegania*:

- ☐ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
- ☐ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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,
- ☐ Inne przepisy o ochronie danych osobowych,
- ☐ Polityka Ochrony Danych Osobowych.

W związku z powyższym zobowiązuję się do:

- a) zapewnienia ochrony danych osobowych przetwarzanych w zbiorach Administratora Danych, a w szczególności zapewnienia ich bezpieczeństwa przed udostępnianiem nieuprawnionym osobom trzecim i nieuprawnionym zabraniam, uszkodzeniem oraz nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem,
- b) zachowania w tajemnicy, także po zaprzestaniu wykonywania prac, wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemów służących do przetwarzania danych osobowych w zbiorach,
- c) natychmiastowego zgłaszania do Administratora Danych zaobserwowania próby lub faktu naruszenia zabezpieczenia fizycznego pomieszczenia, bezpieczeństwa zbioru/zbiorów lub systemów informatycznych.

data i czytelny podpis osoby upoważnionej

* w symbolu „☐” wstawienie „X” oznacza zaznajomienie się z dokumentem oraz zobowiązanie do jego przestrzegania

