**Załącznik nr 1** **do Umowy**

**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA OPASKI TELEMEDYCZNEJ (Opaski SOS)**

Gmina Bodzentyn/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bodzentynie w związku z zakwalifikowaniem Pani/Pana:

**…………………………………………..**

(imię i nazwisko, pesel)

do udziału w Programie **„Korpus Wsparcia Seniorów”** na 20232 rok.

przekazuje do użytkowania Opaskę telemedyczną (Opaskę SOS) o następujących numerach seryjnych:

nr IMEI opaski **………………….**

karta SIM **…………………….**

Niniejszym oświadczam że przyjmuję do wiadomości iż:

1. Urządzenie – Opaska telemedyczna jest własnością podmiotu realizującego zadanie tj. Gminy Bodzentyn/Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bodzentynie.
2. Urządzenie nie stanowi mojej własności - zostało mi powierzone do użytkowania przez podmiot realizujący zadanie;
3. Zapoznałem się z zasadami użytkowania urządzenia zawartymi w instrukcji obsługi zwłaszcza

- zakazie ładowania urządzenia znajdującego się na nadgarstku

- zakazie poddawania urządzenia siłom mechanicznym tzn. zgniatania, uderzania, przebijania itp.

- zakazie zanurzania urządzenia w wodzie

- zakazie używania urządzenia podczas badania rezonansem magnetycznym lub badaniom rentgenowskim (grozi uszkodzeniem urządzenia)

- zakazie używania urządzenia do innych celów niż do których zostało powierzone

- zakazie powierzania i udostępniania urządzenia osobom trzecim (innym niż wskazane w dokumentach rekrutacyjnych)

- zakazie jakiejkolwiek ingerencji w urządzenie zwłaszcza zmian w jego budowie

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

(podpis osoby monitorowanej ) (podpis opiekuna)

**OŚWIADCZENIE**

Przyjmuję do wiadomości że:

1. Celowe zniszczenie urządzenia, jego sprzedaż, zbycie lub jakiekolwiek inne powierzenie osobom postronnym (innym niż opiekunowie wpisani w dokumentach zgłoszeniowych) nakłada na użytkownika i opiekuna obowiązek zwrotu równowartości pieniężnej wartości urządzenia w wysokości 648,00 złotych.
2. W przypadku zaistnienia u osoby objętej systemem teleopieki następujących okoliczności:

- stała zmiana miejsca pobytu / zamieszkania poza Gminy Bodzentyn,

- objęcie całodobową opieką instytucjonalną np. w DPS lub innej placówce stacjonarnej,

- śmierci,

opiekun zobowiązujemy się do zgłoszenia tego faktu realizatorowi zadania tj. Gminie Bodzentyn/Miejsko-Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Bodzentynie

oraz niezwłocznego (w terminie 7 dni) **zwrotu opaski telemedycznej** (Opaski SOS), która zostanie przekazana osobom z listy rezerwowej.

UWAGA!

Zabrania się przekazywania powierzonego w ramach Programu Opaski telemedycznej innym osobom niesamodzielnym (członkom rodzin, znajomym, sąsiadom itp.) bez zgody podmiotu realizującego pogram tj. Gminy Bodzentyn/Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bodzentynie.

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

(podpis opiekuna) (podpis osoby monitorowanej)