

ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Αθήνα σήμερα την του μηνός του έτους..... ημέρα
..... οι παρακάτω υπογεγραμμένοι :

α. Ανάπηρος.....
β. Θεραπαινίδα/ων
κάτοικοι.....

συμφώνησαν και δέχθηκαν και οι δύο τα ακόλουθα :

1. Ο πρώτος από τους συμβαλλόμενους.....
.....που φέρεται σαν εργοδότης στην παρούσα σύμβαση είναι
Ανάπηρος Πολέμου ή Ειρηνικής Περιόδου και συνταξιοδοτείται από το Δημόσιο με
Αύξοντα Αριθμό Μητρώου Σύνταξης....., δικαιούται σύμφωνα με το
Ν.571/1977 (ΦΕΚ 97 Τ.Α') «περί τροποποίησης του άρθρου 59 του ΑΝ 1524/49 κλπ.»
την πρόσληψη θεραπαινίδας με τους όρους και περιορισμούς των διατάξεων του Νόμου
αυτού, να προσλάβει την δεύτερη/ο από τους συμβαλλόμενους.....
.....σαν αποκλειστική θεραπαινίδα/οντα του,
με τους παρακάτω όρους και διακρίσεις.

2. Ο ανωτέρω Ανάπηρος
φέρει αναπηρία 100% και έχει ανάγκη των αποκλειστικών υπηρεσιών κάποιου ατόμου,
ανάλογα με την αναπηρία του (για την κίνηση, διατροφή, ένδυση, περιποίηση, διαβίωση
γενικά, για ανάγκες υγείας του κλπ.).

Η/Ο δεύτερη/ος των συμβαλλομένων.....
αναλαμβάνει την υποχρέωση παροχής των υπηρεσιών προς τον ανωτέρω ανάπηρο και
ανάλογα με την αναπηρία και πάθησή του να τον εξυπηρετεί και να τον περιποιείται στην
διατροφή, κίνηση, ένδυση και γενικά σε όλες τις ανάγκες της υγείας και διαβίωσής του.

3. Σε όλη την διάρκεια που θα ισχύει η παρούσα σύμβαση, η ανωτέρω
θεραπαινίδα/οντας είναι υποχρεωμένη/ος να προσφέρει τακτικά και ανελλιπώς τις
υπηρεσίες της (του) προς τον ανωτέρω ανάπηρο ανάλογα με την πάθηση και τη
συγκεκριμένη υγειονομική κατάστασή του και μάλιστα από πλευράς υγείας, συντήρησης
και της διαβίωσής του.

Με τα παραπάνω εκτέθηκαν λεπτομερώς στην θεραπαινίδα/οντα τόσο το είδος
και η έκταση της αναπηρίας του Αναπήρου όσο το είδος και η έκταση των περιποιήσεων
και απασχολήσεών της (του) που απαιτούνται κατά τον χρόνο της εργασίας της (του)
κοντά στον ανάπηρο, αυτή δε συμφώνησε και εδέχθη πλήρως και χωρίς καμία
επιφύλαξη όλα τα ανωτέρω.

4. Η παρούσα σύμβαση γίνεται με τους όρους των διατάξεων του Ν.571/77,
δηλαδή :

α. Είναι αορίστου διάρκειας εκτός εάν ένας από τους συμβαλλόμενους θέλει
να την καταγγείλει. Η καταγγελία όμως αυτή πρέπει να γνωστοποιηθεί εγγράφως
τουλάχιστον πριν από τριάντα (30) ημέρες.

β. Ο βασικός μισθός καθορίζεται βάσει του άρθρου 1 παρ. 1 περίπτωση η'
του Ν.571/1977 και των διατάξεων του Ν. 4024/2011.

γ. Ο καθοριζόμενος μισθός θα καταβάλλεται για λογαριασμό της (του)
θεραπαινίδα/οντα από το Ελληνικό Δημόσιο σε τραπεζικό λογαριασμό της (του).

δ. Ο Ανάπηρος υποχρεούται να υποβάλλει κάθε μήνα υπεύθυνη δήλωση για
την τακτική και την ανελλιπή παροχή υπηρεσιών από την θεραπαινίδα/οντα της (του),
σε ΚΕΠ ή στο πλησιέστερο Κεντρικό Ταμείο Στρατού.

ε. Το Ελληνικό Δημόσιο υποχρεούται να προσφέρει την δυνατότητα
πρόσληψης θεραπαινίδας/οντα για λογαριασμό και μόνο του Αναπήρου. Καμία άλλη
υποχρέωση ή ευθύνη δεν φέρει από την παραβίαση κάποιου όρου της παρούσας
εργασιακής σύμβασης κάθε φορά που δημιουργείται διαφορά μεταξύ των
συμβαλλόμενων (λύση σύμβασης, αποζημίωση) αφορά και βαρύνει τους
συμβαλλόμενους, όπως καθορίζεται στο άρθρο 1 παρ. 6 του Ν.571/1977.

5. Η παρούσα σύμβαση μπορεί να λυθεί με κοινή συναίνεση των συμβαλλομένων ή με καταγγελία και μάλιστα :

α. Εάν δεν τηρούνται οι όροι της παρούσας σύμβασης.

β. Εάν η θεραπευνίδα/οντα για οποιαδήποτε αιτία δεν είναι σε θέση να προσφέρει τις προβλεπόμενες υπηρεσίες της (του) στον ανάπηρο.

γ. Εάν δεν προσφέρει συστηματικά τις ανωτέρω αναγραφόμενες υπηρεσίες της (του) και συνεχίζει την ίδια τακτική και μετά την έγγραφο διαμαρτυρία του Ανάπηρου γι' αυτά.

6. Η παρούσα σύμβαση που διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 571/1977, ισχύει μέχρι την καταγγελία του ενός από τους ενδιαφερόμενους ή όταν εκλείψουν οι όροι και οι προϋποθέσεις της κατάρτισής της.

7. Για απόδειξη συντάχθηκε η παρούσα η οποία, αφού αναγνώσθηκε και βεβαιώθηκε από τους συμβαλλόμενους, υπογράφεται όπως παρακάτω :

Οι Συμβαλλόμενοι

α. Ονοματεπώνυμο Αναπήρου Πολέμου.....

.....**Υπογραφή**

Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας Αναπήρου Πολέμου.....

Ημερομηνία έκδοσης.....

Εκδίδουσα Αρχή.....

Α.Φ.Μ.....Εφορία.....

ΑΜΚΑ.....

β. Ονοματεπώνυμο Θεραπευνίδας/οντα

.....**Υπογραφή**.....

Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας Θεραπευνίδας/οντα

Ημερομηνία έκδοσης.....

Εκδίδουσα Αρχή.....

Α.Φ.Μ.....Εφορία.....

ΑΜΚΑ.....