

Czernica, 28.03.2022r.

ZAPYTANIE OFERTOWE NA USŁUGI SPOŁECZNE nr 36/2022

Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Czernicy reprezentujący Gminę Czernica zaprasza do składania ofert na wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych, zwanych dalej SUO, dla osób z zaburzeniami psychicznymi z terenu Gminy Czernica. Zapytanie ofertowe nie przekracza wartości szacunkowej wynikającej w ustawy Prawo Zamówień Publicznych

I. ZAMAWIAJĄCY

Gmina Czernica, ul. Kolejowa 3, 55-003 Czernica, NIP: 9121101093 w imieniu, której działa: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernica, tel. 71 318 01 80, e-mail: sekretariat@gops.czernica.pl, reprezentowany przez: Annę Wójcik — Kierownika GOPS

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiot zamówienia obejmuje wykonanie co najmniej jednej ze wskazanych specjalistycznych usług (§2 pkt 1, lit. a, b, c, d, e, pkt. 2 lit. a, b, c, d, e, f, g, pkt 3 lit. a i b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych) w miejscu zamieszkania, dla 1 dziecka przez:

Fizjoterapeutę- do 12 godzin miesięcznie

Zakres świadczonych usług obejmuje:

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:

- a) kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:
 - samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu,
 - dbałość o higienę i wygląd,
 - utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną,
 - wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
 - korzystanie z usług różnych instytucji,
- b) interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:
 - pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
 - ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,
 - doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,
 - kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,
 - współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej,

- niepełnosprawnej.
- c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:
 - w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,
 - w wypełnieniu dokumentów urzędowych
 - d) wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:
 - w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy,
 - w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,
 - w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,
 - w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku
 - e) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:
 - nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków,
 - pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach,
 - zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe;

2. Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

- a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
- d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

3. Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.):

- a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
- b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług;

III. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Planowany termin realizacji zamówienia od kwietnia 2022 r. (od dnia podpisania umowy) do końca maja 2022r.

IV. WYMAGANIA ZWIĄZANE Z WYKONANIEM ZAMÓWIENIA:

Wymagania Zamawiającego:

Osoba świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze musi spełniać wymagania określone w §3 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005r. nr 189, poz. 1598 ze zm.) w odniesieniu do niniejszego zamówienia tj.:

1. Posiadać kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi oraz posiadać co najmniej **półroczny staż** w jednej z następujących jednostek:
 - a. szpitalu psychiatrycznym
 - b. jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - c. placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym,
 - d. ośrodka terapeutyczno – edukacyjno - wychowawczym,
 - e. zakładzie rehabilitacji
 - f. innej jednostce niż wymienione w pkt 1-5, świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi
2. W uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby, które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe oraz posiadają co najmniej rocznego stażu pracy ww. jednostkach oraz posiadają możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi opiekuńcze, posiadającymi kwalifikacje.
3. Osoby świadczące usługi, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. a Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. muszą posiadać przeszkolenie i doświadczenie w zakresie:
 - 1) umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań;
 - 2) kształtowania nawyków celowej aktywności;
 - 3) prowadzenia treningu zachowań społecznych.

V. FORMA ZŁOŻENIA OFERTY:

1. Ofertę należy sporządzić na formularzu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
2. Formularz oferty winien przedstawić cenę ofertową brutto. Wartość cenową należy podać w złotych polskich cyfrą – z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku oraz słownie.
3. Cena powinna zawierać wszelkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
4. Wszelkie rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą odbywać się będą w złotych polskich.

5. Do oferty należy dołączyć:

a) Oświadczenie o spełnianiu kryteriów określonych w zapytaniu ofertowym- załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

b) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe (np. świadectwo pracy, zaświadczenie o odbytym stażu lub praktykach zawodowych lub studenckich)

c) W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej i powierzenia wykonania przedmiotu zamówienia innym osobom, wskazanie tych osób oraz ich kwalifikacji (zgodnie z pkt 5, lit. b) - załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

d) Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (Dz. Urz. UE L 119, s. 1).

e) Ponadto do oferty należy dołączyć (należy wybrać jedną możliwość):

- 1) W przypadku osób fizycznych formularz do celów zgłoszenia do ubezpieczenia, stanowiący załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.
- 2) W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, których zakres działalności wskazanych w PKD **nie obejmuje** przedmiotu zamówienia, formularz do celów zgłoszenia do ubezpieczenia, stanowiący załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.
- 3) W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, których zakres działalności wskazanych w PKD **obejmuje** przedmiot zamówienia, oświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej wraz ze wskazaniem PKD, stanowiące załącznik nr 4 do zapytania ofertowego.

Kompletną ofertę należy złożyć w terminie do dnia 08.04.2022r. osobiście w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, lub za pośrednictwem poczty na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernica lub elektronicznie na adres: zamowienia.publiczne@gops.czernica.pl

VI. KRYTERIUM WYBORU OFERTY

1. Zamawiający stosuje przy wyborze oferty kryterium najniższej ceny
2. W przypadku wpłynięcia więcej niż jednej oferty, Zamawiający dopuszcza przeprowadzenie dodatkowo negocjacji ceny, ze wszystkimi oferentami którzy złożyli poprawne oferty.

VII. ZAPYTANIA O PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Wszelkich informacji dotyczących przedmiotu zamówienia udziela Pani Karolina Rysiak-Wawraszek, tel. 571-226-326, zamowienia.publiczne@gops.czernica.pl

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

1. Zamawiający zawrze umowę z wybranym Wykonawcą po przekazaniu zawiadomienia o wyborze Wykonawcy, ale nie później niż w terminie związania ofertą.
2. Jeżeli wykonawca, którego oferta została wybrana uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze kolejną ofertę najkorzystniejszą spośród złożonych ofert, bez przeprowadzania ponownej oceny.
3. Do prowadzonego postępowania nie przysługują Wykonawcom środki ochrony prawnej określone w przepisach ustawy Prawo zamówień publicznych tj. odwołanie, skarga.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do swobodnego wyboru oferty oraz do odstąpienia oferty bez podania przyczyny i ponoszenia jakichkolwiek skutków prawnych i finansowych.

KIEROWNIK
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
Anna Wójcik

FORMULARZ OFERTY

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

Dane kontaktowe Wykonawcy (tel., fax., e-mail):

.....

NIP/PESEL..... REGON

Do: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czernicy, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernica

W odpowiedzi na ogłoszenie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Czernicy na wykonanie

.....

.....

(przedmiot zamówienia)

oferuję wykonanie zamówienia w kwocie: zł

(słownie:).

Oświadczam, iż akceptuję ramowe warunki realizacji przedmiotu umowy określone w zapytaniu ofertowym. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Do oferty załączam:

1

2

3

4

.....

(miejscowość, data, podpis Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW

Zamawiający: **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernica**

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki udziału określone w zapytaniu ofertowym nr....., którego przedmiot stanowi

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Formularz do celów zgłoszenia do ubezpieczeń

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię pierwsze | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię drugie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko rodowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seria, numer i rodzaj dokumentu tożsamości, nazwa organu wydającego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zameldowania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taki sam jak zameldowania/ inny* (proszę podać jaki): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taki sam jak zameldowania/ zamieszkania/inny*(proszę podać jaki): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczenie do celów ustalenia właściwego urzędu skarbowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Oświadczam, że właściwym urzędem skarbowym ze względu na miejsce zameldowania/zamieszkania* jest Urząd Skarbowy ul.</p> <p>W informacji PIT-11 proszę o umieszczenie adresu zamieszkania/zameldowania*.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer konta bankowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę o przelew wynagrodzenia wynikającego z umowy zlecenia na wskazany wyżej rachunek bankowy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczenie do celów określenia tytułu do ubezpieczenia społecznego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam prawo do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - emerytury TAK / NIE * - świadczenia przedemerytalnego TAK / NIE * - renty TAK / NIE * (renta przyznana od dnia do dnia <p>Jeśli w którejś pozycji zaznaczono „tak”, proszę podać numer legitymacji:.....</p> <p>- posiadam stopień niepełnosprawności TAK / NIE * (lekki, umiarkowany, znaczny * - proszę dołączyć kopię zaświadczenia o stopniu pełnosprawności)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Jestem zatrudniony/a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umowę o pracę TAK / NIE* <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><small>nazwa i adres zakładu</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Wynagrodzenie z umowy o pracę stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego jest <u>równa bądź większa</u> niż najniższe wynagrodzenie. TAK / NIE*</p> <p>Umowa o pracę zawarta jest na okres próbnyczas określony* od do.....</p> <p>na czas nieokreślony od</p> <ul style="list-style-type: none"> - umowę zlecenie TAK / NIE* <p>(nazwa i adres zleceniodawcy)</p> <p>.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Oświadczam, że umowa została zawarta na okres od..... do.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuje/uzyskam przychód miesięczny, będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne *(wybrać właściwe)*:

- w wysokości **co najmniej** minimalnego wynagrodzenia brutto
- w wysokości **poniżej** minimalnego wynagrodzenia brutto.

3. Prowadzę działalność gospodarczą. TAK/NIE*

NIP:

Jeśli tak to proszę wskazać wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne:*

- podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi kwota **nie mniejsza** niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego
- podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi kwota **mniejsza** niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (proszę podać jaka)

4. Posiadam inne tytuły do ubezpieczeń społecznych. TAK / NIE*

Jeśli TAK to proszę podać jakie, wskazać wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne :

5. Przebywam:

- na urlopie bezpłatnym TAK/NIE* *(jeśli „tak” proszę podać okres)*
- na urlopie wychowawczym TAK/NIE* *(jeśli „tak” proszę podać okres)*
- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE* *(jeśli „tak” proszę podać okres)*

6. Jestem studentem TAK / NIE*

(wymienić nazwę uczelni)

numer legitymacji studenckiej

nie ukończyłem 26 roku życia TAK/NIE*.

Rok nauki:

7. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy. TAK / NIE*

Jeśli TAK proszę podać w którym

Z prawem / BEZ prawa* do zasiłku dla bezrobotnych.

8. Zleceniobiorca nie wnosi / wnosi* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy zlecenia.

9. Zleceniobiorca nie wnosi / wnosi* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu umowy zlecenia

*niewłaściwe skreślić

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 7 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(data i czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe numer.....oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą obejmującą przedmiot zamówienia.

Kod PKD prowadzonej działalności.....

Oświadczam, że do realizacji przedmiotu zamówienia, tj. specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie zajęć z wyznaczam:

1. Pana/Panią
2. Pana/Panią
3. Pana/Panią

Do złożonej przeze mnie oferty dołączam wymagane dokumenty potwierdzające: wykształcenie, kwalifikacje oraz doświadczenie wskazanych pracowników.

.....

Data i podpis