Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Staromłyńska 1

83 - 050 Kolbudy

Kolbudy, dnia 31.05.2021 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kolbudach zaprasza do złożenia oferty na wykonanie następującego zadania: świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2021 dla mieszkańców Gminy Kolbudy.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest zapewnienie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej w ramach umowy zlecenia z osobą fizyczną.

Program adresowany jest do dzieci do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby   
w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji   
i edukacji oraz do osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego, które wymagają usługi asystenta   
w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie:

1. poprawy jakości życia osób niepełnoprawnych, w szczególności poprzez umożliwienie im jak najbardziej niezależnego życia;
2. zapewnienia osobom niepełnosprawnym wsparcia oraz pomocy adekwatnej do potrzeb;
3. umożliwienia zaangażowania osób niepełnosprawnych w wydarzenia społeczne, kulturalne, rozrywkowe lub sportowe itp.;
4. dofinansowania jednostek samorządu terytorialnego dotyczącego realizacji zadań mających na celu wsparcie społeczne osób niepełnosprawnych.

Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej ma na celu pomoc uczestnikom Programu w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystenta w szczególności mogą polegać na pomocy asystenta w:

1. wyjściu, powrocie lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie i terapeutyczne, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, społeczne lub sportowe);
2. zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
3. załatwianiu spraw urzędowych;
4. nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
5. korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
6. wykonywaniu czynności dnia codziennego – w tym przez dzieci z orzeczeniem   
   o niepełnosprawności – także w zaprowadzaniu i przyprowadzaniu ich do lub z placówki oświatowej.

WYMAGANIA DLA WYKONAWCÓW

Usługi asystenta mogą świadczyć:

1) osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny,

2) osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie   
w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu,

3) osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego.

TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej realizowana będzie w okresie: od dnia zawarcia umowy do 31.12.2021 r.

TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Oferty można składać drogą elektroniczną: [gops@gopskolbudy.pl](mailto:gops@gopskolbudy.pl) oraz w wersji papierowej poprzez skrzynkę podawczą umieszczoną na budynku Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kolbudach przy ul. Staromłyńskiej 1. Termin składania ofert: do 07.06.2021 r. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

INNE INFORMACJE

1. Zastrzega się powierzenie zadania usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej osobom spełniającym wymagania zawarte w Programie Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, po przeprowadzonych rozmowach kwalifikacyjnych kandydatów oraz gwarantujących należyte wykonanie zadania.
2. Podstawą realizacji usługi jw. będzie umowa zlecenia.
3. Stawka za 1 godzinę świadczonych usług została określona w ww. Programie.
4. Wykonawca przedstawi Zamawiającemu wymagane dokumenty poświadczające wykształcenie oraz doświadczenie w zakresie realizacji usługi jw.
5. Zamawiający informuje, że w przypadku Wykonawcy nieprowadzącego działalności gospodarczej z wynagrodzenia przed jego wypłatą zostaną dokonane wszelkie koszty wynikające z obowiązujących przepisów prawa /m.in. zaliczka na podatek dochodowy, składki na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne/.
6. Rozliczenie usługi asystenta będzie następować miesięcznie po przedłożeniu rachunku wystawionego przez Wykonawcę.
7. Zapłata za wykonane usługi nastąpi w terminie 14 dni od dnia prawidłowo wystawionego rachunku przez Wykonawcę.
8. Oferta ważna jest z załącznikami nr 1, nr 2 i nr 3 do niniejszego zapytania ofertowego.

Osoba uprawniona do porozumiewania się z wykonawcami:

Monika Cherek tel. 58 6827289

Małgorzata Moszczyńska

Kierownik GOPS Kolbudy

Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na:

## Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

## w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

Oświadczam,że:

1. Posiadam kompetencje i/lub uprawnienia do wykonywania zadań będących przedmiotem niniejszego postępowania;
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie z zakresu realizacji przedmiotu zamówienia;
3. Jestem osobą zdolną do wykonania zamówienia, tj.
   1. posiadającą kwalifikacje i/lub doświadczenie o których mowa w zapytaniu ofertowym,
   2. posiadającą biegłą znajomość języka polskiego;
   3. posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z praw publicznych;
   4. dysponującą stanem zdrowia pozwalającym na realizację usług;
   5. która nie została prawomocnie skazana:

- za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe,

- za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, wolności, wolności seksualnej i obyczajności, przeciwko rodzinie i opiece, przeciwko wiarygodności dokumentów, przeciwko mieniu.

……………………………..

miejscowość i data

…..…..…………………………………………..

Podpis Wykonawcy

Załącznik nr 2

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

(Imię i nazwisko / Nazwa)

adres ……………………………….…….

………………………………….….

tel. ……………………………………….

e-mail: ………………….………………..

### **OFERTA**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe z dnia 31 maja 2021 r. dotyczącego świadczenia usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021 tj. składam niniejszą ofertę o następującej treści:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym:

ilość godzin …........…

cena brutto ................. zł

(słownie:............……………………………….............................), za jedną godzinę usługi.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, przyjmuję warunki w nim zawarte oraz, że otrzymałam/em informacje niezbędne do właściwego wykonania usługi.
2. Oświadczam, że załączone dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień złożenia oferty.

..................………..........., dnia ...................… .....................................................

(miejscowość, data) Czytelny podpis Wykonawcy

Załącznik nr 3

...........................………………………........ ………...…..…………..…………. (Imię i nazwisko / Nazwa) miejscowość, data

adres ……………………………….…….

………………………………….….

tel. ……………………………………….

e-mail: ………………….………………..

**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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) na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie, przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kolbudach, dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania  w sprawie realizacji usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.”
2. Zostałam/em pouczona/ny o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, co pozostanie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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

własnoręczny podpis