

Zebrzydowice, dnia 2019.09.23

GOPS.271.4.2019-062C

ZAPYTANIE OFERTOWE

I. ZAMAWIAJĄCY:

Gmina Zebrzydowice / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zebrzydowicach ul. ks. A. Janusza 6

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług **Asystenta(ki) Osobistego(ej) Osoby Niepełnosprawnej w wymiarze 100 godzin miesięcznie w okresie od listopada 2019r. do października 2020r.** w projekcie „Chodź pomaluj mój świat - wsparcie dla rozwoju usług społecznych zapobiegających ubóstwu i wykluczeniu społecznemu osób z zaburzeniami psychicznymi w Gminie Zebrzydowice i ich opiekunów”. Szerszy opis projektu pod linkiem :

<https://gops.zebrzydowice.pl/index.php/87-news/616-pomagamy-osobom-z-zaburzeniami-psychicznymi-i-ich-opiekunom>

Forma zatrudnienia – umowa cywilno-prawna

Zakres zadań :

- Świadczenie usług asystenckich wobec osób niepełnosprawnych zamieszkałych na obszarze gminy Zebrzydowice w w/w projekcie w okresie od listopada 2019r. do października 2020r. w formie:
 - wspierania osoby niepełnosprawnej w niepełnosprawności, pomagania jej w realizacji czynności, które ta osoba by wykonywała, będąc osobą sprawną.
 - kompensowania osobie niepełnosprawnej jej dysfunkcji poprzez zwiększenie wiary we własne siły i możliwości, podnoszenie poziomu motywacji do działania i pełniejszej aktywności.
 - pomagania, bądź wspomaganie osoby niepełnosprawnej w realizacji osobistych zamiarów w obszarze społecznym edukacyjnym, a co najważniejsze zawodowym.
 - towarzyszenia osobie niepełnosprawnej w kontaktach zewnętrznych związanych z przemieszczaniem się m.in. do: pracy, szkoły, uczelni, instytucji życia publicznego
 - wsparcia osoby niepełnosprawnej poprzez pomoc w zwykłych czynnościach życiowych takich, jak: samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania (dom, otoczenie), nawiązywanie nowych relacji społecznych, korzystanie z oferty kulturalnej, rekreacyjnej, wypoczynkowej, sportowej.
 - ułatwiania osobie niepełnosprawnej wykonywania czynności dnia codziennego, pomaganie jej w uzyskaniu jak największej samodzielności współpraca z instytucjami i organizacjami społecznymi w celu zapewnienia optymalnych warunków do samodzielnej rehabilitacji; wspierania osób niepełnosprawnych w realizacji programu rehabilitacji społecznej i zawodowej,
 - współtworzenia programów rehabilitacji i pomocy osobie niepełnosprawnej;
 - doradzania w zakresie usług medycznych, rehabilitacyjnych, przekwalifikowania zawodowego, kontaktów społecznych, usług kulturalnych, rekreacji i integracji ze środowiskiem;
 - diagnozowania warunków życia i dążenie do usuwania wszelkiego typu barier (psychologicznych, społecznych, architektonicznych, komunikacyjnych itp.);

- pobudzania aktywności osoby niepełnosprawnej, jej rodziny oraz najbliższego otoczenia celem udzielania jak najefektywniejszej pomocy;
 - planowania, kontrolowanie i ocenianie indywidualnego programu, planu pomocy osobie niepełnosprawnej;
 - włączania osoby niepełnosprawnej w programy instytucji i placówek świadczących usługi rehabilitacyjne;
 - współpracy z mediami ułatwiająca poszukiwanie sponsorów i sojuszników w działaniach na rzecz osób niepełnosprawnych
2. Comiesięczne dokumentowanie świadczonych usług poprzez prowadzenie dokumentacji oznakowanej zgodnie z obowiązującymi wytycznymi dotyczącymi oznakowania projektów w ramach RPO – WSL 2014-2020 (ich wzór zapewni tutaj GOPS), w formie:
- kart realizacji zadań potwierdzonej przez uczestnika(ę) projektu – wypełnianych po każdej wizycie
 - dzienników czynności usług asystenckich zawierających ewidencję wykonania czynności usług asystenckich, prowadzonych na bieżąco przez AOOD, obejmujących datę, rodzaj wykonywanej czynności, ewentualne spostrzeżenia i uwagi oraz podpis osoby dokonującej wpisu.
 - indywidualnych planów pomocy osobie niepełnosprawnej
 - sporządzanie miesięcznych sprawozdań AOOD ze świadczonych usług
 - sporządzenie i wydanie uczestnikom/czkom projektu oraz dostarczenie do Biura Projektu zaświadczeń o korzystaniu z usług asystenckich.

III. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

1. Wymagania wobec Wykonawców.

Warunki wykluczenia z postępowania:

- 1) Zamawiający wyklucza możliwość złożenia oferty przez Wykonawców powiązanych z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym a Wykonawcą, polegające w szczególności na:
 - a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
 - c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.W przypadku złożenia oferty przez Wykonawcę powiązanego kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, zostanie on wykluczony z udziału w postępowaniu.
- 2) Powyższy warunek weryfikowany będzie na podstawie informacji zawartych w oświadczeniu o braku powiązań kapitałowych lub osobowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego. (wzór w załączeniu)

Warunki udziału w postępowaniu:

O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy, którzy zagwarantują, że Wykonawca / Osoba wyznaczona przez Wykonawcę do realizacji zamówienia spełnia następujące niezbędne wymagania formalne:

1. Wykształcenie co najmniej średnie – poświadczone formalnie (świadectwo potwierdzające poziom wykształcenia)
2. **Minimum rok doświadczenia w pracy z osobą niepełnosprawną**, poświadczonego **formalnie** (świadectwo pracy, umowa o pracę/cywilno-prawna, zaświadczenie o odbytym lub odbywanym wolontariacie) **lub nieformalnie** (CV, list motywacyjny kandydata na AOOD opisujący posiadane doświadczenie, w tym np. cykliczna i długotrwała opieka nad członkiem rodziny, polecenie, referencje).

Lub

Posiadanie minimum 60-godzinnego szkolenia asystenckiego, składającego się z minimum 20 godzin części teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielenia pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40 godzin części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat

Warunek ten zostanie uznany za spełniony po przedstawieniu przez Wykonawcę w/w dokumentów .

2. Okres realizacji przedmiotu zamówienia:

Zamówienie będzie realizowane w okresie od listopada 2019r. do października 2020r.

3. Wymagana dokumentacja:

- oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków wykluczenia z postępowania (załącznik nr 1 do zapytania ofertowego),
- kserokopia świadectwa potwierdzającego poziom wykształcenia Wykonawcy / Osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia,
- kserokopie dokumentów formalnych lub nieformalnych potwierdzających wymagane doświadczenie zawodowe Wykonawcy/ Osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia,
- oświadczenie Wykonawcy / Osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia o stanie zdrowia pozwalającym na zatrudnienie w charakterze Asystenta(cki) Osobistego(tej) Osoby Niepełnosprawnej,
- inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności,
- oświadczenie Wykonawcy/ Osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia o wyrażaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych o treści : „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w mojej ofercie/ofercie Wykonawcy (nazwa Wykonawcy) , który wyznaczył mnie do realizacji zamówienia dla potrzeb niezbędnych do wyłonienia Wykonawcy w postępowaniu znak GOPS.271.4.2019-062C (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 – RODO),
- oferta cenowa (załącznik nr 2 do zapytania ofertowego)

IV. KRYTERIA WYBORU WYKONAWCY:

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która:

- a) spełni warunki wykluczenia z postępowania
- b) spełni warunki udziału w postępowaniu
- c) otrzyma największą liczbę punktów (100%=100pkt) wyliczonych na podstawie ustalonej wagi punktowej:

Nazwa kryterium:	Waga punktowa:
Cena	100% = 100 pkt

Liczba punktów zostanie obliczona wg wzoru =
$$\frac{\text{Cena brutto najtańszej oferty}}{\text{Cena brutto oferty ocenianej}} \times 100$$

Zamawiający zaokrągli wynik do 2 miejsc po przecinku (wg reguły matematycznej)

IV. TERMIN I SPOSÓB PRZEKAZANIA ODPOWIEDZI NA OFERTĘ PRZEZ WYKONAWCĘ:

1. **Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym (załącznik nr 2 do zapytania ofertowego).**

Oferta musi spełniać minimalne wymogi określone w Zapytaniu Ofertowym.

Każdy z Wykonawców ma prawo do złożenia tylko jednej oferty, a treść oferty musi odpowiadać treści niniejszego zapytania ofertowego.

Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Oferta, jak również wszystkie oświadczenia i inne dokumenty muszą być podpisane przez Wykonawcę/ w przypadku firm - zgodnie z uprawnieniem do występowania w obrocie prawnym w imieniu Wykonawcy.

2. **Miejsce oraz termin składania ofert:** Oferta ma być sporządzona w formie pisemnej w języku polskim i przesłana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: jledniowski@gops.zebrzydowice.pl, pocztą, kurierem lub też dostarczona osobiście na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zebrzydowicach ul. ks. Janusza 6; 43-410 Zebrzydowice parter pok. Nr 8 **do dnia 4. października 2019r. do godz. 14.00.**

V. DODATKOWE INFORMACJE:

- 1) Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania w dowolnym terminie w razie zaistnienia istotnej przyczyny.
- 2) Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w przypadku gdy cena najkorzystniejszej oferty przewyższy kwotę, którą GOPS w Zebrzydowicach zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
- 3) Umowa zostanie zawarta z Wykonawcą, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1 – Oświadczenie o spełnianiu warunków wykluczenia z postępowania

Załącznik nr 2 – Formularz Oferty

UWAGA !

Wybór najkorzystniejszej oferty nie jest równoznaczny z zatrudnieniem wybranego Wykonawcy.

Kolejnym etapem przeprowadzanego postępowania będzie rozmowa z psychologiem, mająca na celu

zweryfikowanie predyspozycji osobowościowych i kompetencji społecznych Wykonawcy/Osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia. Warunkiem zatrudnienia Wykonawcy/



Osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia jest uzyskanie pozytywnej opinii psychologa.

Z up. Wójta
Daniel Kroczek
Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Zebrzydowicach