

Zebrzydowice, dnia 2020-08-03

GOPS.271.2.2020-062C

## 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 września 2020.** 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 września 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 wspomagania 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
  - wspierania 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 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 tut. 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 września 2020r. do października 2021r.

## **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.271.2.2020-062C (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](mailto: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 17 sierpnia 2020r. 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