



Węgierska Górką, dnia 29.11.2019 r.

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Węgierskiej Górką zaprasza do złożenia oferty cenowej na zamówienie wg poniższej specyfikacji:

Zapytanie ofertowe	Wyszczególnienie
<b>Przedmiot zamówienia</b>	Świadczenie usług asystenckich, mających na celu pomoc pełnoletnim osobom niepełnosprawnym ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym, poprzez skorzystanie z usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawne. Szczegółowe warunki realizacji określono poniżej.
<b>Odbiorcy usług:</b>	Usługami objętych zostanie 10 osób niepełnosprawnych, zamieszkujących na terenie Gminy Węgierska Górką (liczba ta może ulec zmianie bez prawa do jakichkolwiek roszczeń ze strony Wykonawcy, zmiana liczby osób nie spowoduje zmiany maksymalnej liczny godzin wykonywania usługi).
<b>Wymiar godzinowy:</b>	3600, przy czym Zamawiający gwarantuje realizację co najmniej 50% w/w wymiaru.
<b>Okres realizacji usługi:</b>	01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.
<b>Wymagania kwalifikacyjne wobec asystentów</b>	Usługi asystenta mogą świadczyć: a) osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej; LUB b) osoby z wykształceniem przynajmniej średnim posiadające, co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym
<b>Zakres usług asystenckich i warunki realizacji usług</b>	Wykonawca przy udziale Zamawiającego umożliwi osobie niepełnosprawnej samodzielny wybór osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta. Usługi asystenta w szczególności mogą polegać na pomocy asystenta w (poniższy zakres stanowi przykładowe wskazanie i nie stanowi katalogu zamkniętego, szczegółowy zakres usługi asystent ustala z osobą, dla której świadczy usługi asystenckie): - wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina,



Zapytanie ofertowe	Wyszczególnienie
	<p>instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/ sportowe (itp.);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;</li><li>- zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;</li><li>- załatwieniu spraw urzędowych;</li><li>- nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;</li><li>- korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy itp.).</li></ul> <p>Asystent ma obowiązek uwzględniania decydującego wpływu uczestnika Programu na podejmowane działania.</p> <p>W czasie korzystania z usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), a także usługi, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.</p> <p>Czas trwania usług asystenta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- usługi asystenta mogą być realizowane przez 7 dni w tygodniu, w godz. 7:00 – 22:00, w uzasadnionych przypadkach godziny wykonywania usług mogą zostać zmienione;</li><li>- limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 30 godzin zegarowych miesięcznie, z zastrzeżeniem iż limit ten zostanie ustalony z Wykonawcą przez Zamawiającego.</li></ul>
<b>Warunki rozliczeń finansowych</b>	<p>Wykonawca dokonuje rozliczenia usług asystenta na podstawie wypełnionej Karty rozliczenia usług, której wzór zostanie przekazany Wykonawcy przez Zamawiającego, z zastrzeżeniem, iż pod opieką asystenta w tym samym czasie będzie pozostawać tylko 1 uczestnik Programu.</p> <p>Na potrzeby rozliczeń przyjmuje się co do zasady miesięczne okresy rozliczeniowe.</p>
<b>Zaplecze kadrowe Wykonawcy</b>	<p>Wykonawca gwarantuje, iż w okresie realizacji przedmiotu zamówienia dysponować będzie co najmniej 5 osobami świadczącymi usługi asystenckie, spełniającymi wymagania kwalifikacyjne, o których mowa powyżej.</p> <p><b>Maksymalna liczba osób świadczących usługi asystenckie wynosi 10 osób.</b></p>
<b>Dodatkowe obowiązki Wykonawcy</b>	<p>Wykonawca składając ofertę w niniejszym postępowaniu wyraża zgodę na:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- obsługę procesu zakupu i dystrybucji biletów komunikacji publicznej jednorazowych lub miesięcznych dla asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług</li></ul>



Zapytanie ofertowe	Wyszczególnienie
	<p>objętych niniejszym Programem, w wysokości nie większej niż 200 zł miesięcznie na asystenta, z zastrzeżeniem, iż Zamawiający pokryje wyłącznie udokumentowane wydatki poniesione przez Zamawiającego w tym zakresie,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- obsługę ubezpieczeń OC lub NNW asystentów związanych ze świadczeniem usługi asystenta, w wysokości nie większej niż 150 zł rocznie na asystenta z zastrzeżeniem, iż Zamawiający pokryje wyłącznie udokumentowane wydatki poniesione przez Zamawiającego w tym zakresie.</li></ul> <p>Na potrzeby rozliczeń ustala się następujące zasady:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wykonawca prowadzi oraz przedkłada wraz z miesięcznym rozliczeniem usług asystenckich ewidencję biletów jednorazowych, zawierającą m.in. informacje dotyczące: daty pobrania biletów, liczby pobranych biletów, danych asystenta, daty i celu wykorzystania biletów,</li><li>- Wykonawca prowadzi ewidencję biletów miesięcznych, zawierającą m.in. informacje dotyczące: daty pobrania biletów, liczby pobranych biletów, danych asystenta, daty i celu wykorzystania biletów,</li><li>- Wykonawca przedkłada uwierzytelnione kserokopie zawartych polis ubezpieczeniowych wraz z potwierdzeniem ich opłacenia (w sytuacji gdy na polisie nie znajduje się zapis o dokonanej zapłacie gotówkowej) oraz wykazem asystentów objętych polisą.</li></ul> <p>Zamawiający informuje, iż pokrycie kosztów biletów miesięcznych oraz polis ubezpieczeniowych nie może przekroczyć kwoty 20.000,00 zł brutto.</p>
<b>Termin i miejsce składania ofert</b>	<p><b>09.12.2019 r. do godz. 12.00</b> na załączonym formularzu ofertowym na adres:</p> <p>Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Węgierskiej Górze ul. Zielona 43, 34-350 Węgierska Góra (decyduje data wpływu do Zamawiającego)</p>
<b>Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie kierował się przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny oferty</b>	<p><b>KRYTERIUM WYBORU OFERTY:</b></p> <p><b>100% CENA ZA 1 GODZINĘ USŁUGI ASYSTENCKIEJ</b></p> <p>Cena winna być ostateczna i obejmować wszystkie wydatki niezbędne do prawidłowej realizacji w/w usług.</p>

Gminny Ośrodek  
Pomocy Społecznej  
34-350 Węgierska Góra  
ul. Zielona 43. woj. śląskie  
NIP 553-16-02-680

Z poważaniem  
**KIEROWNIK**  
Gminnego Ośrodka  
Pomocy Społecznej  
  
mgr Magdalena Ganczarska



**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

<b>PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA</b>	<i>Świadczenie usług asystenckich, mających na celu pomoc pełnoletnim osobom niepełnosprawnym ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym, poprzez skorzystanie z usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawne.</i>
<b>ZAMAWIAJĄCY</b>	<b>GMINA WĘGIERSKA GÓRKA</b> Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Węgierskiej Górcie ul. Zielona 43, 34-350 Węgierska Góra
<b>WYKONAWCA</b> (pełna nazwa, adres, NIP, REGON, telefon, faks, e-mail )	
<b>TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ</b>	<b>30 dni</b> bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem ostatecznego terminu składania ofert
<b>KOSZT REALIZACJI 1 GODZINY USŁUGI NETTO (cyfrowo)</b>	
<b>KOSZT REALIZACJI 1 GODZINY USŁUGI BRUTTO (cyfrowo)</b>	

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż dane zawarte w dołączonych załącznikach są zgodne z prawdą.

Załączniki:

.....  
( data )

.....  
( pieczęć i podpis osoby upoważnionej)



## Oświadczenie

Nazwa wykonawcy

.....  
.....

Adres

.....  
.....

Składając ofertę w zamówieniu pn. Świadczenie usług asystenckich, mających na celu pomoc pełnoletnim osobom niepełnosprawnym ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym, poprzez skorzystanie z usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, oświadczam, że:

- posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- posiadam wiedzę i doświadczenie niezbędne dla prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia,
- dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- spełniam wszelkie warunki i wymagania, o których mowa w zaproszeniu do złożenia oferty w przedmiotowym postępowaniu,
- znana jest mi treść Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020.
- nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

.....  
( data )

.....  
( pieczęć i podpis osoby upoważnionej )