Osina, dn. 06.03.2024 r.

Zamawiający:

Ośrodek Pomocy Społecznej w Osinie

Osina 62,72 – 221 Osina

 tel. 508 499 534 e – mail: ops@osina.pl

# ZAPYTANIE OFERTOWE

**na świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością na terenie Gminy Osina**

w związku ze złożonym wnioskiem do Wojewody Zachodniopomorskiego na realizację resortowego programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

z pominięciem procedur określonych w ustawie z 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.)

**Przedmiot zamówienia**: świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla mieszkańców gminy Osina, świadczona na zasadach zgodnych z Programem MRiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.

 Kod CPV 85311200-4 – usługi opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych

Ośrodek Pomocy Społecznej w Osinie zaprasza do złożenia ofert cenowych na wykonanie usług będących przedmiotem niniejszego zapytania.

1. Realizacja usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej ma na celu zwiększenie szans osób niepełnosprawnych na prowadzenie bardziej samodzielnego i aktywnego życia, dążenie do poprawy funkcjonowania osób w środowisku tym samym ograniczania skutków niepełnosprawności, przeciwdziałaniu dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu. Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jest skierowana do:

1.1 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

1.2 osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44) albo orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego.

1. Wykonawca w ramach realizacji usługi asystenta w szczególności będzie zobowiązany do brania udziału 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/z placówki oświatowej.
2. Usługa asystenta musi być prowadzona z zachowaniem podmiotowości osób niepełnosprawnych oraz ich niezależności. Należy mieć również na uwadze, że osoby objęte opieką mogą być dotknięte niepełnosprawnościami sprzężonymi, zatem ich stan zdrowia będzie wymagał psychicznych i fizycznych predyspozycji do ich wykonywania. W podejmowanych działaniach asystent ma obowiązek brania pod uwagę potrzeby i preferencje uczestnika programu oraz jego opiekuna prawnego. Warunkiem koniecznym w realizacji usługi asystenta będzie również akceptacja osoby wykonującej usługi przez osobę objętą wsparciem oraz jej opiekuna faktycznego, brak takiej akceptacji może stanowić podstawę do rozwiązania umowy z Wykonawcą. Zgodnie z zapisem Programu uczestnik Programu lub jego opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługę asystenta.

Usługa będzie realizowana i dokumentowana według wytycznych Programemu MRiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

<https://www.gov.pl/web/uw-opolski/asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia---edycja-2024>

 zgodnie z którym Wykonawca będzie zobowiązany do potwierdzenia wykonania usługi w Karcie realizacji usług asystenta, stanowiącej załącznik nr 9 do powyższego Programu.

1. Szacowana łączna ilość godzin usług dla wszystkich mieszkańców Gminy Osina, w okresie od marca do grudnia 2024: około 1300 godzin zegarowych (bez uwzględnienia czasu przewidzianego na dojazd i powrót) tj. dla około 6 osób wymagających wsparcia w formie asystenta. Realizacja usług w dniach i godzinach ustalonych pomiędzy Świadczeniobiorcą a Wykonawcą. Usługa może być świadczona 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu. Do czasu pracy asystenta wlicza się czas oczekiwania/gotowości do świadczenia usług nie dłuższy niż 90 minut. Dopuszcza się możliwość świadczenia usług w dniach ustawowo wolnych od pracy (niedziele i święta). W godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie o którym mowa w pkt 2 finansowane z innych źródeł.
2. Przewidywany termin realizacji: od podpisania umowy do grudnia 2024 r.
3. Wymagania.
	1. Kwalifikacje Wykonawcy skierowanego do realizacji usługi.

Osoby realizujące usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej muszą posiadać niezbędną wiedzę, umiejętności i doświadczenie konieczne do prawidłowej realizacji zleconych usług.

Zamawiający uzna warunek kwalifikacji za spełniony jeżeli wykonawca wykaże, że każdy członek Personelu skierowanego przez niego do realizacji usługi spełnia przynajmniej jedno z trzech wymagań opisanych poniżej:

7.1.1 posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej(zawód asystenta osoby niepełnosprawnej wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, z późn. zm.), pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub

7.1.2 posiada conajmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu; lub

7.1.3 zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, której wzór stanowi załącznik nr 7.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa w pkt 8.1.2, może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

* 1. Pozostałe wymagania wobec osób realizujących usługi:
		1. Wykonawcy realizujący przedmiot zamówienia muszą być osobami niekaranymi, sprawnymi fizycznie i intelektualnie oraz porozumiewać się biegle językiem polskim.
		2. Wykonawcy lub osoby przez niego wskazane zapewnią ciągłość realizacji usługi oraz nie będą podlegały wymianie na inną osobę w trakcie realizacji zamówienia, z wyjątkiem sytuacji losowych po zaakceptowaniu przez Zamawiającego.
		3. Zamawiający zastrzega, że Wykonawcą usług będących przedmiotem zamówienia nie może być członek rodziny Świadczeniobiorcy, opiekun prawny lub osoba faktycznie z nim zamieszkująca.
		4. W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:
	+ zaświadczenie o niekaralności;
	+ informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
	+ pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
1. Podstawą do wystawienia faktury/rachunku przez Wykonawcę będzie przedłożenie oryginałów dokumentów potwierdzających realizację usługi oraz dokonanie odbioru pracy bez zastrzeżeń ze strony Zamawiającego. Zamawiający zastrzega, że płatność za usługę każdorazowo będzie realizowana po otrzymaniu środków finansowych na realizację przedmiotowego zadania.
2. Zamawiający, w myśl art. 21 ustawy z dnia 16 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2023 poz. 31), w przypadku zatrudniania osób lub podjęcia innych form współpracy ma obowiązek sprawdzenia, czy dane osoby zatrudnianej lub dopuszczanej w ramach działalności do pracy z dziećmi, są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym. W związku z tym Zamawiający zastrzega sobie prawo, przed zawarciem umowy na realizację przedmiotu niniejszego ogłoszenia, do pobrania danych pozwalających na spełnienie powyższego obowiązku.
3. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób, na rzecz których świadczy usługi, za szkody powstałe w wyniku realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Oferta ma zawierać:
	1. czytelnie wypełniony formularz ofertowy z własnoręcznym podpisem (przez co rozumie się również kwalifikowany podpis elektroniczny) stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego,
	2. Własnoręcznie podpisane (przez co rozumie się również kwalifikowany podpis elektroniczny) oświadczenia znajdujące się w załączniku nr 2 i 3 do niniejszego zapytania ofertowego,
	3. kserokopie/skany dokumentów potwierdzających:
		1. kwalifikacje o których mowa w punkcie 8.1.1
		2. posiadanie co najmniej 6-miesięcznego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym o których mowa w punkcie 8.1.2,
		3. że została wskazana przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego do realizacji usługi asystenta o czym mowa w punkcie 8.1.3,
		4. doświadczenie do otrzymania punktów dodatkowych w kryterium doświadczenie Personelu skierowanego do realizacji usługi,
		5. prowadzenie działalności w przedmiocie zamówienia - jeśli dotyczy.

**Proponowana cena musi uwzględniać wszystkie zobowiązania, obejmować wszystkie koszty i składniki związane z realizacją zamówienia. Cena nie ulegnie zmianie przez cały okres świadczenia usługi. W przypadku oferentów którzy nie prowadzą działalności gospodarczej w przedmiocie zamówienia od zaoferowanej ceny brutto będą potrącane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa należne składki, wyliczone na podstawie oświadczenia wykonawcy stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego zapytania, a także doliczone do zaoferowanej ceny brutto koszty pracodawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**W Programie MPiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**  **został przewidziany koszt 1 godziny realizacji usługi który nie może przekroczyć 50 zł (w tym podatek vat, dochodowy oraz składki ZUS).**

1. Kryteria oceny ofert:
	1. Oferty oceniane będą według poniższych kryteriów:
		1. cena brutto za 1 godzinę zegarową usługi (wraz z kosztami pracodawcy) – waga kryterium – 60 punktów,
		2. doświadczenie Wykonawcy w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym – waga kryterium 40 punktów,
	2. Sposób obliczania oceny ofert, w każdej części zamówienia Zamawiający ustalił następująco:
		1. ofercie o najniższej cenie za 1 godzinę świadczenia usługi (wraz z kosztami pracodawcy) przyznana zostanie maksymalna ilość punktów (60), pozostałym zaś ofertom przyznana zostanie odpowiednia ilość punktów obliczona na podstawie następującego wzoru :

najniższa cena

ilość punktów oferty badanej = ----------------------------- x 60 pkt

cena w ofercie badanej

* + 1. Wykonawców potwierdzających doświadczenie w sprawowaniu opieki przyznane zostanie 5 pkt za każdy pełny rok opieki, jednak nie więcej niż 40 pkt.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą łączną liczbę punktów wynikającą z oceny kryteriów wymienionych powyżej, maksymalna ilość punktów wynosi 100.

Ofertę należy złożyć w Ośrodku Pomocy Społecznej w Osinie, Osina 62, 72-221 Osina (pokój nr 8) w zaklejonej i opisanej kopercie bądź na adres e-mail ops@osina.pl **do dnia 13.03.2024 r. do godz. 15.00.**

Oferty przesłane na adres e-mail powinny zawierać w treści numer telefonu kontaktowego, być zaszyfrowane (zabezpieczone hasłem) i zawierać kompletną ofertę w formie skanów. Po upływie terminu składania ofert, pracownik OPS niezwłocznie – nie później niż do godziny 14-tej następnego dnia roboczego, zwróci się telefonicznie do oferenta, na numer podany w treści wiadomości e-mail, o podanie hasła do otwarcia oferty.

Informacje dotyczące zapytania można uzyskać pod numerem telefonu: 508 499 534 oraz kierując pytania na adres e-mail: ops@osina.pl

**Uwagi końcowe:**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia zapytania ofertowego w przypadku zaistnienia okoliczności nieznanych Zamawiającemu w dniu sporządzania niniejszego zapytania Ofertowego, a także do pozostawienia postępowania bez wyboru oferty szczególnie, gdy najkorzystniejsze oferty przekroczą wartość środków, które Zamawiający zamierza przeznaczyć na wykonanie zamówienia.
2. W przypadku braku możliwości nawiązania kontaktu pod wskazany numer telefonu w celu uzyskania hasła do otwarcia ofert lub gdy po otwarciu oferty, zarówno przesłanej na e-mail jak i złożonej osobiście, zostanie stwierdzony brak formularza ofertowego i oświadczenia lub na formularzu , czy też oświadczeniu nie będzie własnoręcznego podpisu, oferta zostanie odrzucona.
3. Wykonawca może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że uczyni to przed upływem terminu składania ofert. Zarówno zmiana jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej.
4. Zamawiający wykluczy z postępowania Wykonawców, którzy nie spełniają warunków udziału w postępowaniu określonych w zapytaniu.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawców informacji.
6. Zamawiający wykluczy z postępowania Wykonawców, co do których wskutek sprawdzenia wiarygodności oferty poweźmie informację o zawarciu w złożonej ofercie danych niezgodnych z prawdą.
7. Ofertę Wykonawcy wykluczonego z postępowania uznaje się za odrzuconą.
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo, w przypadku wystąpienia konieczności, podjęcia negocjacji z wykonawcami.
9. Oferty złożone po terminie nie zostaną rozpatrzone.
10. Wykonawcy uczestniczą w postępowaniu ofertowym na własne ryzyko i koszt, nie przysługują im żadne roszczenia z tytułu odstąpienia przez Zamawiającego od postępowania ofertowego lub realizacji usługi.
11. Zamawiający zastrzega sobie możliwość wyboru kolejnej wśród najkorzystniejszych ofert, jeżeli oferent, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza, uchyli się od umowy o realizację przedmiotu niniejszego zamówienia lub z innych przyczyn nie dojdzie do jej zawarcia.
12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do kontroli bieżącej w zakresie przebiegu i sposobu realizacji zamówienia oraz sporządzania dokumentacji wymaganej w trakcie realizacji zamówienia.

Kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej

w Osinie

 Anna Kaliczyńska

Załączniki:

1. Formularz oferty
2. Oświadczenie
3. Klauzula informacyjna

 **Załącznik nr 1**

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

dane oferenta

# FORMULARZ OFERTOWY

Odpowiadając na zapytanie ofertowe na świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością na terenie Gminy Osina oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia następująco:

1.Oferuję wykonanie zamówienia:

* **usługa asystenta świadczona za cenę brutto ….............. zł za 1 godz. zegarową (obejmuje wszystkie koszty związane z usługą po stronie zamawiającego i wykonawcy).**

2.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.

3. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia w okresie od ………………2024 r. do …………………... 2024 r.

4.Oświadczam, że podane wynagrodzenie za świadczenie usługi (cena brutto za jedną godzinę usługi) zawiera wszystkie koszty niezbędne do prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia.

**5.** Oświadczam, że załączone dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień złożenia oferty.

**ZAŁĄCZNIKI**

1…………………………………………………………………………………………………

2…………………………………………………………………………………………………

3 …………………………………………………………………………………………………

4………………………………………………………………………………………………

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

 miejscowość czytelny podpis oferenta

**Załącznik nr 2**

**Oświadczenie kandydata**

Ja niżej podpisany ………………………………………………….

(imię i nazwisko)

Zamieszkały ………………………………………………….

(adres zamieszkania)

Oświadczam, że:

1. nie są mi znane przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania pracy na powyższym stanowisku,
2. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych,
3. nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe,
4. nie jestem członkiem rodziny świadczeniobiorcy, opiekunem prawnym lub osobą faktycznie z nim zamieszkującą.
5. posiadam umiejętności, uprawnienia, wykształcenie, wiedzę i doświadczenie, niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia/dysponuję osobami zdolnymi do prawidłowego wykonania zamówienia\*;
6. osoby wskazane do realizacji przedmiotu zamówienia są osobami niekaranymi, sprawnymi fizycznie i intelektualnie oraz porozumiewają się biegle językiem polskim, spełniają warunki zawarte w punktach od 1 do 5;
7. jestem/nie jestem osobą zatrudnioną na umowę o pracę/umowę zlecenie\*
8. prowadzę/ nie prowadzę działalności gospodarczej w zakresie przedmiotu zamówienia\*;
9. prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie przedmiotu zamówienia poświadczam załączonym do oferty..........................................................................................(jeśli dotyczy).
10. zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;
11. nie będę wnosił roszczeń w przypadku konieczności odstąpienia przez Zamawiającego od realizacji usługi będącej przedmiotem zapytania.
12. jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niniejszej rekrutacji zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

 Wszystkie informacje i złożone oświadczenia są zgodne z prawdą

 \*niepotrzebne skreślić

……..…………………………… ……………………………………….

 (miejscowość i data) (podpis)

**Załącznik nr 3**

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna:**Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Osinie reprezentowany przez Kierownika. Z siedzibą Osina 62, 72-221 Osina. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: 91 39 10 660; adresu e-mail: ops@osina.pl
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – e-mail: bkaniuk@proinspektor.pl Telefon: +48 608 442 652,
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane dla potrzeb rekrutacji na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.,
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres rekrutacji,
5. w dowolnym momencie posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody,
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne. |

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

 (miejscowość i data) (podpis)