

GOPS.261.6.2020

**Zaproszenie do złożenia oferty
na realizację usług opieki wytchnieniowej
w ramach realizowanego resortowego Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

I. Zamawiający: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

siedziba: ul. Witosławy 2A, 83-314 Somonino

II. Przedmiot zamówienia: realizacja usług polegających na sprawowaniu opieki nad osobami niepełnosprawnymi z terenu Gminy Somonino, w ramach realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020.

Przewidywana liczba godzin **336**. Planowana liczba osób objętych wsparciem w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” do grudnia 2020 r. **wynosi 12 osób**. Zgodnie z wytycznymi do programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 opublikowanymi przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, koszt jednej godziny świadczenia usługi opieki wytchnieniowej – MODUŁ I – w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej **nie powinien przekroczyć 30,- zł brutto**.

III. Szczegółowy opis zamówienia:

Realizacja usługi obejmuje:

1. Świadczenie usług opieki wytchnieniowej przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje.
2. Do zadań wykonawcy należeć będzie wykonywanie obowiązków związanych z opieką nad osobą niesamodzielną, w tym nad dziećmi, na czas nieobecności opiekuna faktycznego, tj.:
 - a) udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych tj. m. in.:
 - pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, o ile wymaga tego stan zdrowia
 - pomoc w ubieraniu,
 - zmiana odzieży, bielizny osobistej,
 - umożliwienie spędzania czasu na wózku;
 - b) wykonywanie podstawowych, niezbędnych czynności pielęgnacyjnych i higienicznych, tj. m. in.:
 - zmiana pieluch-majtek, podkładów, o ile wymaga tego stan zdrowia
 - pomoc w dotarciu do toalety,
 - higiena po załatwieniu potrzeb fizjologicznych;
 - c) organizowanie czasu wolnego tj. m.in.:
 - spacer,
 - wspólne zabawy,
 - czytanie książek,
 - gry planszowe,
 - zajęcia edukacyjne i terapeutyczne

3. Zamawiający przewiduje maksymalną ilość świadczonych usług w wymiarze 336 godzin.
4. Zapłata wynagrodzenia Wykonawcy będzie następowała w oparciu o ilość godzin świadczonych usług w ramach wykonywania przedmiotowego zamówienia.

IV. Termin i miejsce wykonania zamówienia:

1. Realizacja zamówienia prowadzona będzie na terenie gminy Somonino, w miejscu zamieszkania/przebywania osoby z niepełnosprawnościami.
2. Termin realizacji zamówienia 14.09.2020 r. – 18.12.2020r.

V. Warunki udziału w postępowaniu:

1. Posiadanie odpowiednich kwalifikacji zawodowych lub zapewnienie kadry posiadającej odpowiednie kwalifikacje zawodowe do opieki nad osobą zależną.
2. Posiadanie polisy OC obejmującej zakres zleczanych usług lub wykazanie gotowości objęcia działalności ubezpieczeniem w zakresie zleczanych usług.
3. Posiadanie minimum 12 miesięcznego doświadczenia w działalności związanej z opieką nad osobą z niepełnosprawnościami.
4. Zamówienie musi zostać wykonane zgodnie z:
 - art. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2192),
 - art. 50 ust. 1 – 5 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.),
 - art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” .

VI. Opis sposobu przygotowania oferty:

1. Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym przygotowanym przez zamawiającego. Wzór formularza dołączono do niniejszego zaproszenia.
2. Oferta powinna być podpisana przez osobę bądź osoby uprawnione do występowania w imieniu wykonawcy.
3. Oferty można składać za pośrednictwem kuriera, poczty tradycyjnej, elektronicznej lub osobiście.
4. Cenę brutto oferty należy podać cyfrowo oraz słownie.

VII. Kryteria oceny ofert:

Każda ważna oferta poddana zostanie ocenie punktowej. Zamawiający przy wyborze oferty będzie kierować się następującymi kryteriami:

1. Kryterium 70% cena:

Cena powinna być podana w złotych polskich wraz ze wszystkimi należnymi podatkami i obciążeniami.

Punkty przyznawane za kryterium cena będą liczone wg. następującego wzoru:

$$C = (C_{\min}/C_0) \times 70$$

2. Kryterium 30% doświadczenie – okres realizacji usług opiekuńczych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym dzieci:
 - od 18 do 24 miesięcy 10 pkt
 - od 24 do 36 miesięcy 20 pkt
 - powyżej 36 miesięcy 30 pkt.

VIII. Termin i miejsce składania ofert: oferty należy składać w zamkniętej kopercie do dnia 04.09.2019 r. do godz. 11.00

- a) osobiście w siedzibie Zamawiającego, tj.: w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Somoninie ul. Witosławy 2A, 83-314 Somonino w zamkniętej nieprzeźroczystej kopercie z dopiskiem „*Oferta – zapytanie ofertowe dotyczące Opieki Wytchnieniowej – nie otwierać do dnia 4.09.2020 r. do godz. 11.00*”
- b) kurierem lub przesyłką pocztową na adres siedziby Zamawiającego w zamkniętej nieprzeźroczystej kopercie z dopiskiem „*Oferta – zapytanie ofertowe dotyczące Opieki Wytchnieniowej – nie otwierać do dnia 4.09.2020 r. do godz. 11.00*”
- c) Zamawiający dopuszcza złożenie oferty w formie elektronicznej poprzez jej przesłanie we wskazanym powyżej terminie na adres gops@somonino.pl przy czym w tytule wiadomości należy wskazać *Oferta – zapytanie ofertowe dotyczące Opieki Wytchnieniowej – nie otwierać do dnia 4.09.2020 r. do godz. 11.00*”

IX. Osoba odpowiedzialna za przeprowadzenie procedury:

Barbara Kolka telefonicznie: 58 684 13 26 e- mail : b.kolka@somonino.pl

Zaproszenie ma na celu rozpoznanie i wyłonienie najkorzystniejszego wykonawcy, z którym podpisana zostanie Umowa o wartości poniżej 30.000,- euro.

KIEROWNICZKA
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej

.....Agnieszka Ułaczyk.....

Formularz ofertowy

na realizację zadania pn. *Zaproszenie do złożenia oferty na realizację usług opieki wytchnieniowej w ramach realizowanego resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020*

1. Dane Oferenta

Nazwa oferenta

Siedziba

NIP/REGON.....

Nr tel., fax., email)

2. Oferuję wykonanie zadania w zakresie objętym zaproszeniem w następującej cenie:

Kwota za wykonanie jednej godziny usługi opieki wytchnieniowej:

..... zł. brutto (słownie:)

Wartość zamówienia :

..... zł. brutto (słownie)

3. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w opiece nad osobami z niepełnosprawnością, w tym nad dziećmi w wymiarze miesięcy.

4. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią zaproszenia, nie wnoszę zastrzeżeń oraz uzyskałem wszelkie niezbędne informacje do przygotowania niniejszej oferty.

Somonino dnia

.....

podpis