

ZAPYTANIE OFERTOWE**I. ZAMAWIAJĄCY**

Gmina Żegocina

Żegocina 316

32-731 Żegocina

w imieniu której działa:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żegocinie

siedziba: Żegocina 316, 32-731 Żegocina

II. INFORMACJE OGÓLNE

1. Zapytanie ofertowe nie przekracza kwoty 130 000 złotych i zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1605 z późn. zm.) nie podlega jej przepisom.
2. Zapytanie ofertowe podlega przepisom Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1781).
3. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Zamawiający” – należy przez to rozumieć Gminę Żegocina, w imieniu której działa Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żegocinie.
4. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Wykonawca” – należy przez to rozumieć: osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, która ubiega się o udzielenie zamówienia, złożyła ofertę lub zawarła umowę w sprawie zamówienia.
5. Ofertę sporządza się w języku polskim i składa pod rygorem nieważności w formie pisemnej.
6. Treść oferty musi odpowiadać treści Zapytania ofertowego.
7. Złożenie oferty niezgodnej z obowiązującym prawem lub Zapytaniem ofertowym

spowoduje odrzucenie oferty.

8. Osobą uprawnioną do bezpośredniego kontaktowania się z Wykonawcami jest Kierownik GOPS Katarzyna Łyszczarz tel. 14 6132002.

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest **świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością** jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym na rzecz łącznie 5 osób tj. 4 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym oraz dla 1 osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Zamówienie obejmuje realizację 1186 godzin usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla osób dorosłych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym.
3. Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:
 - a) wsparciu uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
 - b) wsparciu uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
 - c) wsparciu uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
 - d) wsparciu uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
4. Miejsca świadczenia poszczególnych usług będą wskazane po zawarciu umowy z Wykonawcą na podstawie uzyskanego przez Zamawiającego zgłoszenia od osoby niepełnosprawnej, przy czym usługi stanowiące przedmiot zamówienia będą odbywać się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej **na terenie Gminy Żegocina**.
5. Usługi mogą być świadczone przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę.
6. Usługi będą świadczone **w wymiarze i zakresie czasowym ustalonym indywidualnie dla każdego beneficjenta Programu**.
7. Rodzaj usług uzależniony jest od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Rodzaj usług dla danej osoby niepełnosprawnej określony jest w Karcie **zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**.

8. Godzina świadczenia usług asystencji osobistej wynosi 60 minut.
9. Możliwa jest sytuacja, w której w danym okresie czasu nie będą świadczone usługi przez Wykonawcę z uwagi na brak zainteresowania i/lub potrzeb osób skorzystaniem z usług asystencji osobistej.
10. Zapłata wynagrodzenia Wykonawcy będzie następowała w oparciu o liczbę godzin świadczonych usług w ramach wykonywania przedmiotowego zamówienia w danym miesiącu, zgodnie z potwierdzonym harmonogramem wykonania usług, zawartym w **Karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.**

IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Od dnia zawarcia umowy do 31.12.2024r.

V. KWALIFIKACJE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:
 - a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta; lub
 - b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu; lub
 - c) wskazane 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.
2. Osoby świadczące usługi asystencji osobistej powinny również wykazywać dyspozycyjność, przygotowanie do pracy w terenie, posiadać umiejętność dobrej organizacji pracy indywidualnej w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych.

VI. WYMAGANA DOKUMENTACJA:

1. Oferta na świadczenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością;

2. Dokumenty potwierdzające wykształcenie;
3. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy, opieki, wsparcia osobom z niepełnosprawnością (również w formie wolontariatu);
4. Życiorys (CV);
5. Referencje z dotychczasowych miejsc pracy (w przypadku ich posiadania);
6. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych oraz o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie;
7. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1).
8. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych
9. Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

VII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
2. Zaoferowana cena jednostkowa musi być wyrażona jako **cena brutto** w polskich złotych. Ceny należy podać w pełnych złotych.
3. Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone na podstawie rachunku/faktury wystawionego/-ej przez Wykonawcę. Rozliczenie nastąpi w oparciu o faktycznie zrealizowany i sprawdzony zakres przedmiotu zamówienia na podstawie ceny zawartej w umowie zlecenia z Wykonawcą oraz karty realizacji usług asystencji osobistej.
4. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas na rzecz osoby niepełnosprawnej wraz z czasem dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania, tj. czasem oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższym niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.

VIII. SPOSÓB I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY

1. Oferta musi spełniać wszystkie wymagania określone w niniejszym zapytaniu ofertowym.

2. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem platformy ePUAP: na adres /GopsZegocina/sktytkaESP (podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym), Poczty Polskiej, firmy kurierskiej lub też dostarczona osobiście na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żegocinie, 32-731 Żegocina 316 **do dnia 20.02.2024r.** Decyduje data wpływu do siedziby Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żegocinie.
3. W przypadku składania oferty w siedzibie zamawiającego lub pocztą – na kopercie należy umieścić napis: **„Oferta na świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością”**.
4. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane i nie będą zwracane do kierującego ofertę.

IX. KRYTERIA WYBORU OFERTY

Kryterium oceny oferty jest cena za 1 godzinę usługi.

X. OCENA OFERT

1. Ocena ofert zostanie dokonana po ich otrzymaniu od oferentów a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostaną obwieszczone na tablicy ogłoszeń Urzędu Gminy w Żegocinie.
2. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
3. Od rozstrzygnięcia niniejszego zapytania ofertowego (wyboru oferty) nie przysługuje odwołanie.

XI. KONTAKT W SPRAWIE ZAPYTANIA OFERTOWEGO

Wszelkie pytania w sprawie niniejszego zapytania należy kierować na adres email:

gops@zegocina.pl lub pod nr tel. 14 6132002.

XII. ZAŁĄCZNIKI

1. Wzór formularza ofertowego
2. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych
3. Oświadczenie

Kierownik GOPS

mgr Katarzyna Łyszczarz

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

.....
nazwisko, imię, adres oferenta /
pieczęć oferenta

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Żegocinie
Żegocina 316
32-731 Żegocina**

OFERTA – ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr GOPS-ZO-26-1/24 z dnia 07.02.2024r. dotyczące świadczenia usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością składam ofertę następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia na świadczenie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością za cenę brutto zł (słownie:
.....) za jedną godzinę świadczonych usług.

2. Nazwisko, imię, adres Wykonawcy

.....
.....

NIP (w przypadku prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej):

3. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

4. *Prowadzę/nie prowadzę** pozarolniczą(-ej) działalność(-ci) gospodarczą(-ej) i *podlegam/nie podlegam** ubezpieczeniu społecznemu.

5. *Podlegam/nie podlegam** ubezpieczeniu społecznemu rolników

Załączniki:

1. Dokumenty potwierdzające wykształcenie:

.....
.....;

2. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie zawodowe:

.....
.....;

3. Życiorys (CV);
4. Referencje z dotychczasowych miejsc pracy (w przypadku ich posiadania);
5. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych oraz o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie;
6. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1)
7. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych
8. Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

.....
miejsowość, data

.....
podpis oferenta

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych

Niezależnie od obowiązków organów administracji publicznej przewidzianych w Kodeksie postępowania administracyjnego niniejszym realizuję obowiązek informacyjny, o którym mowa w art.13 ust.1i 2 rozporządzenia 2016/679. Powyższy obowiązek nie wpływa na tok i wynik postępowania administracyjnego.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żegocinie, 32-731 Żegocina 316, tel. 14 613 20 02.

2. Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres e-mail: gops@zegocina.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

3. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iodo@marwikipoland.pl.

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego pn. Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

6. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust.1 lit.c) ww. Rozporządzenia

7. Odbiorcą Pani/Pana danych są podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa.

8. Osoba , której dane dotyczą ma prawo do:

a/ dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, uzupełnienia danych, a także - w przypadkach przewidzianych prawem do usunięcia danych, przeniesienia danych do innego administratora danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,

b/ wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/ Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art.22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Oświadczenie

Ja niżej podpisany
(imię i nazwisko)

Zamieszkały
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że:

- 1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt. 2 ustawy o pracownikach samorządowych z dnia 21 listopada 2008r,
- 2) nie byłem / nie byłam skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe zgodnie z art. 6 ust. 3 pkt. 2 ustawy o pracownikach samorządowych z dnia 21 listopada 2008r.
- 3) wyrażam zgodę zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie, przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żegocinie, dla potrzeb niezbędnych do realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)