



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Siemianowice Śląskie, 25.02.2020 r.

ORP.330-10/20

ZAPYTANIE OFERTOWE:

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

W związku z przystąpieniem do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2019-2020 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich składa zapytanie na świadczenie usługi **asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**.

I. ZAMAWIAJĄCY

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
Ul. Szkolna 17, 41-100 Siemianowice Śląskie
Tel. /32/ 765-62-49, e-mail: k_sowinski@mops.siemianowice.pl

II. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

Szacowana wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 30.000 euro, postępowanie nie podlega przepisom ustawy Prawo zamówień publicznych i będzie prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w „Regulaminie udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000,00 euro w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich”

III. SPOSÓB PUBLIKACJI OGŁOSZENIA O ZAMÓWIENIU:

Biuletyn Informacji Publicznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich: <http://www.mops.siemianowice.4bip.pl>

IV. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Nazwa zamówienia: **Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej**

Kod i nazwa według Wspólnego Słownika Zamówień CPV: 85311200-4 Usługi opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych

1. Zamówienie podzielono na 5 części:

CZĘŚĆ I: usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej będą świadczone na terenie miasta Siemianowice Śląskie w dzielnicy Centrum w rejonie ul. Komuny Paryskiej tj. między ulicą Cmentarną, Obwodową, PCK do skrzyżowania z ulicą 1-go Maja i ulicą Powstańców dla maksymalnie dwóch osób niepełnosprawnych.

CZĘŚĆ II: usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej będą świadczone na terenie miasta Siemianowice Śląskie w dzielnicy Centrum w rejonie ul. Szkolnej tj. między ulicą Leśną,



Telewizyjną/Katowicką, Hutniczą (z wyłączeniem ulic: Jedności, Trafalczyka, Kasprzaka), Sobieskiego i Kapicy do skrzyżowania z ulicą Wojciecha Korfantego dla maksymalnie dwóch osób niepełnosprawnych.

CZĘŚĆ III: usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej będą świadczone na terenie miasta Siemianowice Śląskie w dzielnicy Bytków dla maksymalnie dwóch osób niepełnosprawnych.

CZĘŚĆ IV: usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej będą świadczone na terenie miasta Siemianowice Śląskie w dzielnicy Centrum od skrzyżowania w rejonie ulic PCK z ulicą 1-go Maja, Składowej, ul. Katowicka do Hutniczej (włącznie z ulicami Jedności, Trafalczyka, Kasprzaka) oraz do ul. Śląskiej dla maksymalnie dwóch osób niepełnosprawnych.

CZĘŚĆ V: usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej będą świadczone na terenie miasta Siemianowice Śląskie w dzielnicy Centrum w rejonie ulicy Śląskiej tj. od ul. Śląskiej do 1-go Maja oraz od ul. Parkowej do ul. Zwycięstwa, a także w dzielnicy Michałkowice dla maksymalnie dwóch osób niepełnosprawnych.

Zamawiający zastrzega prawo zmiany zakresu ulic w poszczególnych częściach zamówienia.

2. Wykonawca świadczący usługi osobiście może złożyć ofertę wyłącznie na jedną z części zamówienia. Wykonawca dysponujący osobami, które będą realizować przedmiot zamówienia może złożyć oferty na wszystkie części zamówienia, pod warunkiem, że do każdej z części zostanie wskazana inna osoba.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA DOTYCZĄCY WSZYSTKICH CZĘŚCI
ZAMÓWIENIA**

3. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na rzecz pełnoletnich osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym lub umiarkowanym, zamieszkujących na terenie Gminy Siemianowice Śląskie, uczestników programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2019-2020, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego.
4. Zamawiający przewiduje, że liczba osób objętych wsparciem asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wynosić będzie dla wszystkich części 10 osób (z niepełnosprawnością znaczną - 9 osób oraz umiarkowaną - 1 osoba) tj. dla każdej z części zamówienia dwie osoby. Podana powyżej liczba osób niepełnosprawnych jest ilością przewidywaną. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia lub zmniejszenia ilości ww. osób;
5. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 osobę niepełnosprawną, uczestnika Programu, wynosi nie więcej niż 30 godzin zegarowych miesięcznie. Maksymalna liczba godzin zegarowych na 1 uczestnika Programu wynosi 300;
6. Jeden asystent osobisty osoby niepełnosprawnej może świadczyć usługi maksymalnie dla dwóch osób niepełnosprawnych. Szacowana ilość godzin zegarowych świadczenia usług przypadających na 1 asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w okresie obowiązywania umowy wyniesie 600 tj. 60 godzin zegarowych średniomiesięcznie. Podana powyższa liczba godzin przypadająca na 1 asystenta jest ilością przewidywaną w całym okresie trwania niniejszego zamówienia, a Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmniejszenia ww. liczby godzin w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych.



7. Usługi asystenta mogą być realizowane przez siedem dni w tygodniu w godzinach 7:00 – 22:00, w uzasadnionych przypadkach godziny wykonywania usługi mogą ulec zmianie;
8. Usługi asystenta w szczególności będą polegać na pomocy asystenta w:
 - a) wyjściu powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. praca, dom, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/sportowe itp.);
 - b) wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;
 - c) zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Projektu przy ich realizacji;
 - d) załatwieniu spraw urzędowych;
 - e) nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
 - f) korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy, itp.);
9. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej jest zobowiązany do prowadzenia ewidencji godzin pracy zgodnie z załącznikiem nr 7 Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”;
10. Zamawiający zapewni bilety komunikacji publicznej jednorazowe dla asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w punkcie IV.8 zapytania ofertowego na obszarze województwa śląskiego w wysokości nie większej niż 200 zł miesięcznie na jednego asystenta.
11. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej pobierając bilety komunikacji miejskiej będzie zobligowany do rozliczenia pobranych biletów zgodnie z załącznikiem nr 7 Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.
12. Termin realizacji usługi od miesiąca marca 2020 r. do 31.12.2020 r.

PUNKTY OD V-XII DOTYCZĄ WSZYSTKICH CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

V. WARUNEK UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” finansowanym z Funduszu Solidarnościowego 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;
2. Osoby, których stan zdrowia pozwala na świadczenie usługi.

VI. POWODY WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Z postępowania o udzielenie zamówienia Zamawiający wykluczy Wykonawcę/ów, w przypadkach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12-23; ust. 5 pkt.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).



VII. OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA W/W WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ POWODÓW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

- 1) Ocena spełniania warunku udziału w postępowaniu oraz istnienia powodów wykluczenia z postępowania nastąpi na podstawie wymienionych w punkcie X dokumentów i oświadczeń złożonych przez Wykonawcę wraz z ofertą.
- 2) Ocena zostanie dokonana według formuły: „warunek udziału został spełniony”- „warunek udziału nie został spełniony”; „powód wykluczenia istnieje”- „powód wykluczenia nie istnieje”.

VIII. KRYTERIA OCENY OFERT

Kryteria oceny złożonych ofert

Zamawiający oceni i porówna jedynie oferty złożone dla poszczególnych części przez Wykonawców, którzy spełniają warunek udziału w postępowaniu i nie zostali wykluczeni z niniejszego postępowania przez Zamawiającego.

Oferty zostaną ocenione przez Zamawiającego w oparciu o następujące kryteria:

Opis kryteriów oceny	Znaczenie [w %]
Cena	100

Sposób oceny ofert

1) Ocena wg kryterium nr 1 „Cena”.

W celu wyboru najkorzystniejszej oferty, Zamawiający będzie się posługiwał następującym wzorem:

$$A_n = \frac{P_{\min}}{P_n} \times 100 \text{ pkt.}$$

A_n – liczba punktów przyznanych ofercie podlegającej ocenie za kryterium “Cena”

P_{min} – cena minimalna wśród ważnych ofert

P_n – cena zaproponowana przez Wykonawcę w danej ofercie

2) Maksymalna liczba punktów w ramach oceny wynosi 100.

W odniesieniu do danej części zamówienia, za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która w ramach przedstawionych powyżej kryteriów otrzyma największą całkowitą liczbę punktów.

Całkowita liczba punktów będzie zaokrąglona do 2 miejsc po przecinku. Zamawiający będzie stosował zasadę, że podlegające zaokrągleniu liczby o wartościach od 1 do 4 będą zaokrąglane w dół, a liczby o wartościach od 5 do 9 - w górę.



IX. SPOSÓB OBLICZANIA CENY

Cena powinna być podana w kwocie brutto (w tym kwota netto i kwota podatku VAT) i uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, tzn. koszty bezpośrednio związane z zapisami punktów IV niniejszego zapytania ofertowego, jak również koszty, które nie mają bezpośredniego związku z zapisami punktów IV, a są niezbędne do wykonania zamówienia. Cena oferty musi być wyrażona w PLN.

Cena powinna być zaokrąglona do 2 miejsc po przecinku. Wykonawca powinien stosować zasadę, że podlegające zaokrągłaniu liczby o wartościach od 1 do 4 są zaokrąglane w dół, a liczby o wartościach od 5 do 9 - w górę.

X. OFERTA POWINNA OBEJMOWAĆ

1. Formularz ofertowy (zgodny ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 1** do zapytania ofertowego) – uzupełnione dla danej części zamówienia, na którą składana jest oferta.
2. Oświadczenie Wykonawcy dotyczące warunków udziału w postępowaniu (**załącznik nr 2** do zapytania ofertowego).
3. Oświadczenie Wykonawcy dotyczące powodu wykluczenia z postępowania (**załącznik nr 3** do zapytania ofertowego).
4. Oświadczenie Wykonawcy o stanie zdrowia (**załącznik nr 4** do zapytania ofertowego).
5. Oświadczenie osoby, która ma świadczyć usługi asystenckie o wyrażeniu zgody na spotkanie z osobą niepełnosprawną celem wzajemnej akceptacji (**załącznik nr 5** do zapytania ofertowego).
6. Kopię dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem, poświadczających spełnienie warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w punkcie V zapytania ofertowego.
7. Stosowne pełnomocnictwo(a) - w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania oferty nie wynika bezpośrednio z właściwego rejestru lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Oferta oraz inne składane w postępowaniu dokumenty i oświadczenia muszą być podpisane przez Wykonawcę bądź osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.

XI. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć w terminie **do dnia 04.03.2020r. do godziny 10:00 drogą pocztową, przesyłką kurierską lub osobiście w zamkniętej i opisanej kopercie** na adres Zamawiającego:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich,
ul. Szkolna 17, 41-100 Siemianowice Śląskie
(I piętro, sekretariat – pokój nr 16)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



2. Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

Znak sprawy: ORP.330-10/20

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Siemianowicach Śląskich,
ul. Szkolna 17, 41-100 Siemianowice Śląskie

Oferta na realizację zamówienia publicznego:

Pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

nazwa/imię i nazwisko Wykonawcy składającego ofertę

Nie otwierać przed godziną 10:05 w dniu 04.03.2020 roku.

W przypadku nieprawidłowego zaadresowania lub opisanie opakowania oferty, Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za niewłaściwe skierowanie oferty lub jej przedterminowe otwarcie.

3. Należy dostarczyć ofertę do Zamawiającego w godzinach pracy Zamawiającego (liczy się data i godzina wpływu do siedziby Zamawiającego). Oferty, które wpłyną do Zamawiającego po wyżej określonym terminie, nie będą rozpatrywane.

XII. WYBÓR NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

1. Zamawiający spośród złożonych ofert na poszczególne części zamówienia, wybierze te oferty, których cena dla danej części będzie najniższa.
2. W przypadku, gdy Zamawiający nie będzie miał możliwości wyboru oferty z najniższą ceną dla poszczególnych części ze względu na to, że zostały złożone dwie lub więcej ofert dla danej części przedstawiające taką samą ceną, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.
3. Wykonawcy, składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych, niż zaoferowane w ofertach złożonych pierwotnie.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do negocjacji ceny oferty z Wykonawcą, który złożył najkorzystniejszą ofertę dla poszczególnych części, w przypadku gdy zaoferowana cena na daną część przewyższa możliwości finansowe Zamawiającego na realizację zamówienia.
5. Jeżeli Wykonawca nie złożył dokumentów, o których mowa w punktach X.2-7, Zamawiający może wezwać Wykonawcę do ich złożenia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.



6. Jeżeli złożone dokumenty budzą wątpliwości Zamawiającego, Zamawiający może wezwać Wykonawcę do przekazania niezbędnych informacji lub wyjaśnień w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Nie dokonanie przez Wykonawcę czynności, o których mowa w punkcie XII.5, będzie przez Zamawiającego uznane za uchylanie się przez Wykonawcę od podpisania umowy.
8. Po wyborze najkorzystniejszej oferty dla danej części, a przed podpisaniem umowy wymagane będzie, aby asystent został zaakceptowany przez osobę niepełnosprawną na rzecz której będą świadczone usługi. Brak akceptacji będzie równoznaczny z brakiem możliwości podpisania umowy.
9. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kolejnej najkorzystniejszej oferty w danej części, bez przeprowadzania ponownego badania i oceny ofert, w przypadku:
 - a) gdy Wykonawca którego oferta została uznana za najkorzystniejszą dla danej części lub osoba wskazana przez tego Wykonawcę w ofercie do świadczenia usług, nie zostanie zaakceptowany/a przez osobę niepełnosprawną,
 - b) gdy uchyli się od podpisania umowy,
10. Przed podpisaniem umowy Zamawiający powiadomi Wykonawcę, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza dla danej części zamówienia, o miejscu i terminie spotkania z osobą niepełnosprawną w celu dokonania obustronnej akceptacji.
11. Po obustronnej akceptacji, o której mowa w pkt XII.10 Zamawiający powiadomi Wykonawcę lub Wykonawców o miejscu i terminie podpisania umowy.
12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.
13. Zamawiający przewiduje możliwość następujących zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy:
 - a) odnośnie wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy, w przypadku zmiany:
 - stawki podatku od towarów i usług;
 - wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę lub minimalnej stawki godzinowej ustalonego/ustalonej na podstawie Ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2177, z 2019 r. poz. 1564);
 - zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne;jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę;
 - b) odnośnie terminu wykonania zamówienia, jeśli po dokonaniu wyboru oferty pojawi się konieczność takiej zmiany, czego Zamawiający nie mógł wcześniej przewidzieć.

Zmiany umowy mogą zostać dokonane pod warunkiem przedłożenia Zamawiającemu pisemnego uzasadnienia konieczności wprowadzenia zmiany, przedłożenia dokumentów potwierdzających konieczność zmiany oraz wyrażenia przez Zamawiającego zgody na tę zmianę.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Siemianowicach Śląskich

mgr Iwona Wzowska



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 1

Znak sprawy: **ORP.330-10/20**

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
ul. Szkolna 17
41 – 100 Siemianowice Śląskie

WYKONAWCA:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

Adres siedziby/adres zamieszkania:

Tel./fax.:

Adres e-mail:

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe **Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2019-2020 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego** oferuję realizację usługi, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym:

A. DLA CZĘŚCI I ZAMÓWIENIA *(należy wypełnić, jeżeli oferta składana jest na I część zamówienia)*

Wynagrodzenie za 1 godzinę zegarową netto: (A)	Łączna liczba godzin: (B)	Wynagrodzenie za całą usługę netto: (C) (C=A x B)	Stawka podatku VAT: (D)	Kwota podatku VAT: (E)	Łączna cena oferty brutto: (F) F=(C+E)
..... zł	600 godzin zegarowych	..... zł	..... %	..... zł	..... zł

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy założeniu realizacji usługi przez 600 godzin zegarowych, oraz łączną cenę oferty brutto - zgodnie z tabelą powyżej.



B. DLA CZĘŚCI II ZAMÓWIENIA (należy wypełnić, jeżeli oferta składana jest na II część zamówienia)

Wynagrodzenie za 1 godzinę zegarową netto (A)	Liczba godzin (B)	Wynagrodzenie za całą usługę netto (C) (C=A x B)	Stawka podatku VAT (D)	Kwota podatku VAT (E)	Łączna cena oferty brutto (F) (C+E)
..... zł	600 godzin zegarowych	..... zł	..... %	..... zł	..... zł

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy założeniu realizacji usługi przez 600 godzin zegarowych, oraz łączną cenę oferty brutto - zgodnie z tabelą powyżej.

C. DLA CZĘŚCI III ZAMÓWIENIA (należy wypełnić, jeżeli oferta składana jest na III część zamówienia)

Wynagrodzenie za 1 godzinę zegarową netto (A)	Liczba godzin (B)	Wynagrodzenie za całą usługę netto (C) (C=A x B)	Stawka podatku VAT (D)	Kwota podatku VAT (E)	Łączna cena oferty brutto (F) (C+E)
..... zł	600 godzin zegarowych	..... zł	..... %	..... zł	..... zł

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy założeniu realizacji usługi przez 600 godzin zegarowych, oraz łączną cenę oferty brutto - zgodnie z tabelą powyżej.



D. DLA CZĘŚCI IV ZAMÓWIENIA (należy wypełnić, jeżeli oferta składana jest na IV część zamówienia)

Wynagrodzenie za 1 godzinę zegarowa netto: (A)	Liczba godzin: (B)	Wynagrodzenie za całą usługę netto: (C) (C=A x B)	Stawka podatku VAT: (D)	Kwota podatku VAT: (E)	Łączna cena oferty brutto: (F) F=(C+E)
..... zł	600 godzin zegarowych	..... zł	..... %	..... zł	..... zł

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy założeniu realizacji usługi przez 600 godzin zegarowych, oraz łączną cenę oferty brutto - zgodnie z tabelą powyżej.

E. DLA CZĘŚCI V ZAMÓWIENIA (należy wypełnić, jeżeli oferta składana jest na V część zamówienia)

Wynagrodzenie za 1 godzinę zegarowa netto: (A)	Liczba godzin: (B)	Wynagrodzenie za całą usługę netto: (C) (C=A x B)	Stawka podatku VAT: (D)	Kwota podatku VAT: (E)	Łączna cena oferty brutto: (F) F=(C+E)
..... zł	600 godzin zegarowych	..... zł	..... %	..... zł	..... zł

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy założeniu realizacji usługi przez 600 godzin zegarowych, oraz łączną cenę oferty brutto - zgodnie z tabelą powyżej.

Oświadczam, że:

- w całkowitej cenie oferty dla wyżej wskazanej częścizostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania usługi w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym nr ORP.330-10/20;
- zapoznałem się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
- w pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu;



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



- d) akceptuję wszystkie zapisy zapytania ofertowego nr ORP.330-10/20 i zapewniam należyłą staranność, terminowość i dyspozycyjność przy realizacji przedmiotowego zamówienia;
- e) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

..... dn. _____.2020 r.
Miejscowość

.....
podpis Wykonawcy



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 2

Znak sprawy: ORP.330-10/20

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
ul. Szkolna 17
41 — 100 Siemianowice Śląskie

WYKONAWCA:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

Adres siedziby/adres zamieszkania:

Tel./fax.:

Adres e-mail:

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DOTYCZĄCE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2019-2020 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich, oświadczam że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego tzn.

- posiadam/dysponuje osobami, które posiadają*:
 - a) dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej;
lub
 - b) wykształcenie przynajmniej średnie oraz co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym;
 - stan zdrowia pozwalający na świadczenie usługi.

..... dn. _____.2020 r.
Miejscowość

.....
podpis Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 3

Znak sprawy: ORP.330-10/20

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
ul. Szkolna 17
41 — 100 Siemianowice Śląskie

WYKONAWCA:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

Adres siedziby/adres zamieszkania:

Tel./fax.:

Adres e-mail:

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DOTYCZĄCE POWODÓW WYKLUCZENIA W POSTĘPOWANIU:

Oświadczam/y, że w momencie składania oferty o udzielenie zamówienia nie jestem/jesteśmy wykluczeni z postępowania w przypadkach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12-23; ust. 5 pkt.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

..... dn. __. __. 2020 r.
Miejscowość

.....
podpis Wykonawcy



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 4

Znak sprawy: **ORP.330-10/20**

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
ul. Szkolna 17,
41 — 100 Siemianowice Śląskie

WYKONAWCA:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

Adres siedziby/adres zamieszkania:

Tel./fax.:

Adres e-mail:

NIP:

REGON:

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM
NA WYKONYWANIE CZYNNOŚCI OKREŚLONYCH
W ZAPYTANIU OFERTOWYM***

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy, składam oświadczenie o następującej treści:

oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie usługi **asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**.

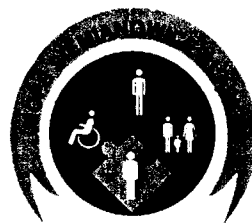
..... dn. __. __. 2020 r.
Miejscowość

.....
Podpis

** oświadczenie wypełnia osoba, która będzie świadczyć usługi asystenckie*



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 5

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
ul. Szkolna 17,
41 — 100 Siemianowice Śląskie

WYKONAWCA:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

Adres siedziby/adres zamieszkania:

Tel./fax.:

Adres e-mail:

NIP:

REGON:

OŚWIADCZENIE*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na spotkanie z osobą niepełnosprawną w miejscu i terminie
wyznaczonym przez Zamawiającego, w celu wzajemnej akceptacji.

Z tego tytułu nie będę rościł od Zamawiającego zwrotu kosztów.

..... dn. __. __. 2020 r.

Miejscowość

.....
podpis

** oświadczenie wypełnia osoba, która będzie świadczyć usługi asystenckie*



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 6

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
ul. Szkolna 17,
41 — 100 Siemianowice Śląskie

WYKONAWCA:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

Adres siedziby/adres zamieszkania:

Tel./fax.:

Adres e-mail:

NIP:

REGON:

OŚWIADCZENIE *

Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

..... dn. _____.2020 r.

Miejscowość

.....
podpis Wykonawcy

** należy wypełnić, jeżeli do realizacji zamówienia Wykonawca wskazał inną osobę, niż on sam.*



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 7

Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

Karta realizacji usług asystenckich Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Adres uczestnika Programu:

.....

Imię i nazwisko asystenta:

.....

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich w okresie od

do.....

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj usługi*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu

.....

r.

wyniosła godzin.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Łączna liczba wykorzystanych biletów komunikacji publicznej, w związku z realizacją usług asystenckich wyniosła w miesiącu szt. , o wartości zł.

.....

Data i podpis asystenta

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich.

.....

Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Należy wskazać miejsce realizacji usług asystenckich, np. w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania (np. wizyta w miejscowości zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości).