

## ZAPYTANIE OFERTOWE

**na zakup usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020**

### Zamawiający:

Urząd Gminy Suchy Dąb  
83-022 Suchy Dąb, ul. Gdańska 17, tel., 58 355-68-00  
<http://www.suchy-dab.pl> e-mail: [gmina@suchy-dab.pl](mailto:gmina@suchy-dab.pl)

### I. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiot zamówienia dotyczy realizacji usługi – zatrudnienia asystentów osobistych dorosłych osób niepełnosprawnych zamieszkujących Gminę Suchy Dąb. Usługa świadczona przez asystenta będzie zindywidualizowana, uwzględniając przy tym rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością. Asystent ma służyć pomocą osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w wykonywaniu codziennych czynności oraz w funkcjonowaniu w życiu społecznym. Asystent ma ograniczać skutki niepełnosprawności poprzez stymulowanie tych osób do podejmowania aktywności i umożliwienie realizowania prawa do niezależnego życia. Ma umożliwić niepełnosprawnym mieszkańcom gminy Suchy Dąb uczestnictwo w życiu lokalnej społeczności np. poprzez udział w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych czy też sportowych w tym m.in:

świadczanie usług podstawowych, na które składają się:

- 1) pomoc w przygotowaniu do wyjścia, dojazdach w wybrane przez Klienta miejsce oraz powrocie (np. dom, praca, szkoła, kościół, lekarz, urzędy, znajomi, rodzina, itp.), w tym na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne, na kursy i szkolenia zawodowe oraz miejsce pracy,
- 2) pomoc osobie niepełnosprawnej w zakupach,
- 3) pomoc w załatwieniu spraw urzędowych,
- 4) pomoc i towarzyszenie w korzystaniu z dóbr kultury: muzeum, teatr, kino, koncert, itp.,
- 5) czytanie prasy, książek lub korespondencji, osobom niezdolnym do samodzielnego czytania,
- 6) pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego, czy komputerowego,
- 7) pomoc osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z zajęć sportowych i obiektów sportowych: basen, siłownia i inne sporty.
- 8) pomoc osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z zajęć i wyjść integracyjno- aktywizująco-animacyjnych, kulturalnych i społecznych.

Usługa ma dotyczyć realizacji 1080 godzin usług asystenckich w tym 720 godzin dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz 360 godzin dla osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Prowadzenia szczegółowej dokumentacji potwierdzającej wykonanie usług (karta pracy) oraz składania miesięcznych raportów dotyczących liczby i zakresu zrealizowanych usług

### II. Oszacowanie przedmiotu zamówienia:

Szacowana wartość zamówienia na dzień 10.07.2020 rok to 32 400 zł (słownie: trzydzieści dwa tysiące czterysta złotych). Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na 1 lub kilku asystentów. Liczba założonych godzin asystentury może ulec zmianie.

### III. Termin wykonania zamówienia:

Od dnia podpisania umowy do 31.12.2020 roku

### IV. Warunki gwarancji:

nie wymagane

## V. Warunki płatności:

Wynagrodzenie płatne co miesiąc zgodnie z ilością wypracowanych godzin wg stawki 30,00 zł brutto za godzinę realizowanej usługi. Ogólna kwota zamówienia wynosi 32.400,00zł. (słownie: trzydzieści dwa tysiące czterysta złotych). Wynagrodzenie płatne na podstawie prowadzonej szczegółowej dokumentacji potwierdzającej wykonanie usług (karta pracy) oraz na podstawie składanych miesięcznych raportów dotyczących liczby i zakresu zrealizowanych usług.

## VI. Warunki udziału w postępowaniu:

Od kandydatów oczekujemy:

- a) dyplomu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej **lub** wykształcenia min. średnie oraz co najmniej rocznego, udokumentowanego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym,
- b) referencji potwierdzające staż pracy- oświadczenie o ilości miesięcy/lat stażu pracy z osobami niepełnosprawnymi,
- c) oświadczenia o stanie zdrowia pozwalającym na świadczenie usługi,
- d) dyspozycyjności - możliwość świadczenia usługi w porach wyznaczonych w zależności do potrzeb osoby niepełnosprawnej, tj. od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 7.00 do 21.00,
- e) wrażliwość, empatia i umiejętność współpracy z ludźmi konieczność nawiązania relacji z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną, zbudowania relacji opartej na zaufaniu i wzajemnym szacunku.

## VII. Kontakt w sprawie zamówienia:

Magdalena Witkowska- starszy pracownik socjalny Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gminie Suchy Dąb  
tel. 58/3556861 email:gops.magdalena@suchy-dab.pl

## VIII. Forma i termin złożenia oferty:

Złożenie wypełnionego formularza ofertowego stanowiącego załącznik do niniejszego zapytania ofertowego w terminie do 7 dni kalendarzowych od ogłoszenia zapytania ofertowego

## IX. Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:

Przy ocenie i porównaniu ofert zastosowane będą następujące kryteria:

1. Kwota - do 90 punktów;
2. Doświadczenie - do 10 punktów.

Punkty przyznane ofertom obliczane będą według wzoru:

W kryterium 1:

$K = (K_n/K_o) \times 90$ , gdzie:

$K_n$  - kwota najniższej oferty;

$K_o$  - kwota oferty rozpatrywanej.

W kryterium 2:

$D = (D_o/D_n) \times 10$ , gdzie: doświadczenie Wykonawcy w pracy z osobami niepełnosprawnymi,

$D_o$  - liczba lat doświadczenia Wykonawcy w pracy z osobami niepełnosprawnymi badanej oferty,

$D_n$  - największa liczba lat doświadczenia Wykonawcy w pracy z osobami niepełnosprawnymi,

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która otrzyma najwyższą liczbę punktów, stanowiącą sumę punktów za oferowaną cenę i posiadane doświadczenie.

## X. Wzór umowy lub istotne postanowienia, które obligatoryjnie zostaną wprowadzone do umowy:

Wzór umowy zlecenia w załączeniu do niniejszego zapytania ofertowego.

Sporządził:

Sprawdził:

.....  
(imię, nazwisko, podpis pracownika)

.....  
(imię, nazwisko, podpis drugiego pracownika)

Akceptuję:

.....  
(podpis Wójta)

Gmina Suchy Dąb  
ul. Gdańska  
83- Suchy Dąb

## FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący ZAPYTANIA OFERTOWEGO na zakup usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020

Znak sprawy: ZP.271.06.2020

### I. Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa/ Imię i nazwisko

.....  
.....

Adres siedziby/zamieszkania: .....

NIP/PESEL: ..... REGON: .....

Tel./fax. .... e-mail: .....

### II. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto ..... zł

podatek VAT ..... zł (.....%)

cenę brutto ..... zł

### III. Inne warunki ofertowe (o ile występują):

.....ilość godzin przyjętych do realizacji dla..... ilości podopiecznych z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności/ z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności\*

\*niepotrzebne skreślić

### IV. Warunki realizacji zamówienia:

Termin wykonania zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31.12.2020r.

Warunki gwarancji: NIE DOTYCZY

Warunki płatności: zgodnie z miesięczną kartą realizacji usług

### V. Spełnienie warunków udziału w postępowaniu:

do formularza załączam:

- dypłom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej,
- dypłom ukończenia szkoły średniej
- udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym,

- d) referencje potwierdzające staż pracy- oświadczenie o ilości miesięcy/lat stażu pracy z osobami niepełnosprawnymi,
- e) oświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym na świadczenie usługi,
- f) oświadczenie o dyspozycyjności - możliwość świadczenia usługi w porach wyznaczonych w zależności do potrzeb osoby niepełnosprawnej, tj. od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 7.00 do 22.00,

**VI. Oświadczenia:**

Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z zapytaniem ofertowym dotyczącym postępowania - numer sprawy: ZP.271.06.2020 (w tym – z opisem przedmiotu zamówienia) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,

**VII. Inne:**

.....  
.....

**VIII. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym:**

.....

**Osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy**

.....  
(podpisy i pieczętki imienne)