Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
32-724 Lipnica Murowana
tel. 14/ 68 52 330, tel./fax 14/ 68 52 350
e-mail: gops@lipnicamurowana.pl

Lipnica Murowana, dn. 09.05.2022r.

ZAPYTANIE OFERTOWE GOPS.421.II.OW.11.2022

I. ZAMAWIAJĄCY

Gmina Lipnica Murowana
Lipnica Murowana 44
32-724 Lipnica Murowana
w imieniu której działa nabywca:
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej
siedziba: Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana

II. INFORMACJE OGÓLNE

1. Zapytanie ofertowe nie przekracza równowartości 130 000 złotych i zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021r. poz. 1129 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 Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej z siedzibą w Lipnicy Dolnej 25
4. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Wykonawca" – należy przez to rozumieć: osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną nieposiadająca osobowości prawnej, która ubiega się o udzielenie zamówienia, złożyła ofertę lub zawarła umowę w sprawie zamówienia.
5. Każdy Wykonawca może złożyć kilka ofert. 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 – Maria Kurek lub z upoważnienia Kierownika – pracownik socjalny Mariusz Dudziak, tel. 14 68 52 350, 14 68 52 330.

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest **świadczenie usług opieki wytchnieniowej** na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad **osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności** w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022.
2. Usługi w ramach przedmiotowego zamówienia - opieka wytchnieniowa – polegają na czasowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnieniem czasu na odpoczynek i regenerację. Opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa.
3. Miejsce świadczenia usług będzie wskazane po zawarciu umowy z wykonawcą i będzie wskazywane na podstawie uzyskanego przez Zamawiającego zgłoszenia od opiekuna osoby niepełnosprawnej, przy czym wizyty stanowiące przedmiot zamówienia będą odbywać się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej **na terenie Gminy Lipnica Murowana**.
4. Usługi świadczone będą od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem sobót, niedziel i dni świątecznych.
5. Usługi będą świadczone w wymiarze i zakresie czasowym ustalonym indywidualnie dla Beneficjenta Programu.
6. Godzina świadczenia usług opieki wytchnieniowej wynosi 60 minut.
7. Możliwa jest sytuacja, w której w danym okresie czasu nie będą świadczone usługi przez Wykonawcę z uwagi na brak zainteresowania osób skorzystaniem z usługi opieki wytchnieniowej.
8. 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 rozliczenia usług opieki wytchnieniowej**.

IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Od 01.06.2022r. do 31.12.2022r.

V. KWALIFIKACJE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ:

1. Osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej[1]/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej.
2. Osoby posiadające, co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.
3. Osoby świadczące usługi opieki wytchnieniowej 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 cenowa za wykonanie jednej godziny usług opieki wytchnieniowej;
2. Dokumenty potwierdzające wykształcenie;
3. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności;
4. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.
5. Życiorys (CV);
6. Posiadane referencje z dotychczasowych miejsc pracy;
7. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych;
8. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie;
9. 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

[1)] Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej jest 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.) pod symbolem 341201 w ramach grupy: Pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (symbol 3412).

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1)

10. W przypadku składania oferty w siedzibie zamawiającego lub pocztą – na kopercie należy umieścić napis: **„Oferta na świadczenie usług opieki wytchnieniowej”.**

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 wystawionego przez Wykonawcę. Rozliczenie nastąpi w oparciu o faktycznie zrealizowany

   i sprawdzony zakres przedmiotu zamówienia na podstawie zaoferowanej ceny oraz karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej.
4. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w domu Beneficjenta, bez czasu dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania.

VIII. SPOSÓB I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY

1. Oferta musi spełniać wszystkie wymagania określone w niniejszym zapytaniu ofertowym.
2. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: gops@lipnicamurowana.pl, platformy ePUAP: /gopslipnica, Poczty Polskiej, firmy kurierskiej lub też dostarczona osobiście na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej, Lipnica Dolna 25, 32 -724 Lipnica Murowana **do dnia 20.05.2022r.** Decyduje data wpływu do siedziby Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane i nie będą zwracane do kierującego ofertę.

IX. KRYTERIA WYBORU OFERTY

1. Cena brutto jednej godziny zegarowej świadczenia usług opieki wytchnieniowej – 50%.
2. Kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe oferenta – 50%.

X. OCENA OFERT

1. Ocena ofert zostanie dokonana po ich otrzymaniu od oferentów a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostaną ogłoszone na stronie internetowej GOPS-u pod adresem: www.gops.lipnicamurowana.pl oraz w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
2. Oceny złożonych ofert dokona komisja rekrutacyjna powołana przez Kierownika GOPS w Lipnicy Murowanej. Z posiedzenia komisji zostanie sporządzony stosowny protokół.
3. 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@lipnicamurowana.pl lub pod nr tel. 14 68 52 330, 14 68 52 350.

XII. ZAŁĄCZNIKI

1. Wzór formularza ofertowego

Kierownik
Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej

Maria Kurek

/podpisano certyfikowanym podpisem kwalifikowanym/

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego
GOPS.421.II.OW.11.2022 na świadczenie
usług opieki wytchnieniowej

.....

nazwisko, imię, adres oferenta

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

w Lipnicy Murowanej

Lipnica Dolna 25

32-724 Lipnica Murowana

OFERTA – ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr GOPS.421.II.OW.11.2022 z dnia 09.05.2022r. dotyczące świadczenia usług opieki wytchnieniowej składam ofertę następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia na świadczenie usług opieki wytchnieniowej za cenę brutto ..... zł (słownie: .....) za jedną godzinę świadczonych usług.
2. Nazwisko, imię, adres Wykonawcy

   .....

   .....

   NIP: .....
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** pozarolniczej działalności gospodarczej i *podlegam / nie podlegam** ubezpieczeniu społecznemu.

Załączniki:

1. Dokumenty potwierdzające wykształcenie:

   ……

   ……

2. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności:

   ……

   ……

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

   ……

   ……

4. Życiorys (CV)
5. Posiadane referencje z dotychczasowych miejsc pracy
6. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych
7. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie
8. 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).

*** niewłaściwe skreślić**

…….. ……..

miejscowość, data podpis oferenta

Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego
GOPS.421.II.OW.11.2022 na świadczenie
usług opieki wytchnieniowej

Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwane dalej RODO), informuję iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana, tel. 14 68 52 330, e-mail: gops@lipnicamurowana.pl.
2) Inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej jest Pani Patrycja Powroziewicz-Wrona, dane kontaktowe: odo@lipnicamurowana.pl.
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na stanowisko pracy na jakie złożył Pan/Pani na podstawie art. 6 ust 1 lit. b) RODO i na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO (przetwarzanie w postaci wizerunku).
4) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy państwowe w zakresie wykonywanych zadań, pracownicy Administratora w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia.
5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza obszar gospodarczy Unii Europejskiej.
6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia procesu rekrutacji na stanowisko pracy na jakie Pan/Pani aplikował/a lub/i do czasu cofnięcia przez Panią/Pana zgody i tylko w zakresie w jakim udzielono zgody.
7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale nie podanie danych określonych Kodeksem Pracy spowoduje niemożność wzięcia udziału w rekrutacji.
10) Pani/Pana dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

.....
(data i podpis)

Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego
GOPS.421.II.OW.11.2022 na świadczenie
usług opieki wytchnieniowej

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY

- wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

NAZWISKO	
IMIONA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA	

Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:

1. **Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):**

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKLADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
			Tak □ Nie □	**Tak □ Nie □**
			Tak □ Nie □	**Tak □ Nie □**
			Tak □ Nie □	**Tak □ Nie □**
			Tak □ Nie □	**Tak □ Nie □**

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami	**Tak □ Nie □**

Prowadzę działalność gospodarczą	**Tak □ Nie □**
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	**Tak □ Nie □**

2. **Mam ustalone prawo do emerytury** **Tak □ Nie □**

   znak: .....

   Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak □ Nie □**

   znak: .....od ..... do dnia .....

   Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ .....

   .....

   Mam ustalony stopień niepełnosprawności **Tak □ Nie □**

   □ 1 stopień □ 2 stopień □ 3 stopień

3. **Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia** **Tak □ Nie □**

4. **Jestem osobą bezrobotną** **Tak □ Nie □**

   Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .....

   z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych.

   * *niepotrzebne skreślić*

4. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników** **Tak □ Nie □**

   od.....

   Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem .....

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić zlecenodawcę.

		–			–				

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR) **Podpis Zleceniobiorcy**