

**SZACOWANIE WARTOŚCI ZAMÓWIENIA  
NA USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI  
nr 5/RR/EFIS/2019**

W związku z realizacją projektu pt. „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, O/Łódź** zaprasza do składania ofert w celu określenia wartości zamówienia

NAZWA I DANE ZAMAWIAJĄCEGO	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 NIP: 729-20-17-464 Telefon: 42 649 18 03 mail: <a href="mailto:lodz@ptsr.org.pl">lodz@ptsr.org.pl</a>
<b>ZAKRES USŁUGI (obszar merytoryczny i opis grupy docelowej)</b>	
OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Przedmiotem niniejszego zamówienia jest świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego usług <b>Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami</b> w ramach projektu pt. „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, nr umowy o dofinansowanie RPLD.09.02.01-10-F001/18-00. Przedmiotem niniejszego zamówienia są usługi <b>Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami</b> , w ramach realizowanego projektu: „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020. Wsparcie świadczone będzie w dni robocze i świąteczne (godz. wizyt ustalone indywidualnie z ON) oraz modyfikowane w zależności od zmieniających się potrzeb użytkowników. Usługi asystentów będą wsparciem wysokiej jakości dostosowanym do indywidualnych potrzeb, wspomagając proces deinstytucjonalizacji. Działania AON obejmować będą czynności związane z pracą, wypoczynkiem, życiem osobistym i rodzinnym. Pośrednio będą dotyczyć czynności związanych z kształtowaniem środowiska, w którym żyją ON. Miejscem pracy asystenta będzie przede wszystkim środowisko domowe i najbliższe otoczenie.
LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH USŁUGI	Usługi 75 AON dla 95 osób ze stwardnieniem rozsianym (19000 godz.), które uzyskają pozytywną opinię psychologa posiadający doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego.
OKRES REALIZACJI USŁUGI	Przedmiot zamówienia będzie realizowany od sierpnia 2019 r. do grudnia 2020 r. zgodnie z harmonogramem.
KOD CPV USŁUGI	85311200-4 - Usługi opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych

OPIS UCZESTNIKÓW	Grupę docelową stanowi 95 os. z niepełnosprawnością, tj. ze stwardnieniem rozsianym zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zamieszkujących na terenie woj. łódzkiego (powiaty: m. Łódź, Łódzki – wschodni, zgierski) w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.
<b>WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY</b>	
OPIS MINIMALNYCH WYMAGAŃ MERYTORYCZNYCH WOBEC OFERENTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. wykształcenie min. zawodowe</li> <li>2. doświadczenie (minimum roczne) w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego; lub ukończone minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie.</li> <li>3. mobilność,</li> <li>4. dyspozycyjność,</li> </ol> <p>W celu potwierdzenia wymagań o których mowa powyżej, potencjalny wykonawca zawiera w ofercie oświadczenie o spełnieniu wszystkich wymagań merytorycznych.</p> <p>Zamawiający wyklucza udział Podwykonawców w realizacji zamówienia.</p>
OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.</li> <li>2. Oferta powinna być sporządzona zgodnie ze wzorem, co do treści oraz opisu kolumn i wierszy.</li> <li>3. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę.</li> <li>4. Przed upływem terminu składania ofert, Wykonawca może wycofać ofertę.</li> <li>5. Oferty można składać w formie elektronicznej.</li> </ol>
KRYTERIA OCENY OFERT	Przedstawienie oferty zostanie dokonane wyłącznie w celu oszacowania wartości zamówienia (na podstawie ceny brutto oferty).
TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT	<p>Wszystkich oferentów, którzy spełniają minimalne wymagania formalne i merytoryczne prosimy o składanie ofert do dnia 17.07.2019 r. do godziny 15:00 kurierem, pocztą lub osobiście do siedziby:</p> <p>Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 lub skany ofert na adres mailowy: <a href="mailto:lodz@ptsr.org.pl">lodz@ptsr.org.pl</a></p>
ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU POSTĘPOWANIA	<p>W toku dokonywania oceny złożonych ofert Zamawiający może wymagać udzielenia przez Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.</p> <p>Niniejsza prośba nie stanowi procedury zasady konkurencyjności, a odpowiedź uzyskana przez Zamawiającego w procedurze szacowania nie będzie przez Zamawiającego traktowana jako oferta.</p>

Łódź, 10.07.2019 r.

Monika Koza – koordynator projektu

**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA  
NA USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI  
nr 5/RR/EFŚ/2019**

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa Wykonawcy:	
Województwo:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu, nr lokalu:	
e-mail do kontaktu:	
Telefon do kontaktu:	

**OFERTA CENOWA**

Rodzaj zajęć	Cena brutto za 1 godz.
<b>Usługi AONN</b>	.....zł (Słownie: .....)

**OŚWIADCZENIA:**

- 1) Oświadczam/y, iż posiadam/y uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
- 2) Oświadczam/y, iż posiadam/y doświadczenie, odpowiednią kadrę i kwalifikacje oraz znajduję/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej umożliwiającej wykonania zadania.
- 3) Oświadczam/y, iż zapoznałam/em się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

Miejscowość....., dnia.....

.....  
(pieczęć i czytelny podpis Wykonawcy lub osoby działającej w imieniu Wykonawcy)

*\* cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społecznie i zdrowotne, których obowiązek regulowania wynika z aktualnie obowiązujących przepisów zarówno przez Wykonawcę oraz Zamawiającego (tj. płać Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).*