

**SZACOWANIE WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NA USŁUGI OPIEKUŃCZE
ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA
nr 7/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

<p>NAZWA I DANE ZAMAWIAJĄCEGO</p>	<p>Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 NIP: 729-20-17-464 Telefon: 42 649 18 03 Mail: lodz@ptsr.org.pl</p>
<p>ZAKRES USŁUGI (obszar merytoryczny i opis grupy docelowej)</p>	
<p>OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA</p>	<p>Przedmiotem niniejszego zamówienia jest świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania 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.</p> <p>Wsparcie świadczone będzie przez 10 osób (np. pielęgniarki/opiekunki) dla śr. 95 osób niesamodzielnych (łącznie 5035 godz.). Usługi opiekuńcze będą świadczone przez pielęgniarki/opiekunki, ich zakres i wymiar godzinowy będzie określony w kontrakcie trójstronnym. Opieka będzie sprawowana zgodnie z aktualnym stanem zdrowia i zapotrzebowaniem na usługi. Średnio planujemy 10450 godz. pracy (śr. 95 os. x śr. 55 tyg. x śr.2 godz. w tygodniu). Usługi będą świadczone zgodnie z aktualnym stanem zdrowia osoby z SM, co oznacza że przy rzucie choroby ilość godzin tygodniowo może być zwiększona, aby zatrzymać postęp choroby.</p> <p>1. Zakres usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania obejmuje w szczególności:</p> <p>a) pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczaniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się);</p> <p>b) opiekę higieniczną (np. czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej, zmianę bielizny</p>

	<p>pościelowej, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji);</p> <p>c) pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgnarskiej opieki środowiskowej;</p> <p>d) zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług, czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej).</p>
LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH USŁUGI	10450 godz.
OKRES REALIZACJI USŁUGI	Przedmiot zamówienia będzie realizowany od sierpnia 2019 r. do grudnia 2020 r. w poszczególne dni wskazane przez Zamawiającego po ustaleniu z uczestnikiem projektu.
KOD CPV USŁUGI	Kod CPV 85311200 - Usługi opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych
OPIS UCZESTNIKÓW	Grupę docelową stanowią os. z niepełnosprawnością, tj. ze stwardnieniem rozsianym zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zamieszkujące na terenie woj. łódzkiego (powiaty: m. Łódź, Łódzki – wschodni, zgierski) w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego
WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY	
OPIS MINIMALNYCH WYMAGAŃ MERYTORYCZNYCH WOBEC OFERENTA	<p>1. Usługa opiekuńcza jest świadczona przez:</p> <p>a) osobę, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej,</p> <p>b) osobę, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych</p> <p>d) mobilność, dyspozycyjność</p> <p>e) znajomość i stosowanie w praktyce zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym równości kobiet i mężczyzn.</p> <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">1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.2. Oferta powinna być sporządzona zgodnie ze wzorem, co do treści oraz opisu kolumn i wierszy.3. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę. Zamawiający wymaga, aby ofertę podpisano zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.4. Przed upływem terminu składania ofert, Wykonawca może wycofać ofertę.5. Oferty można składać w formie elektronicznej.
KRYTERIA OCENY OFERT	Przedstawienie oferty zostanie dokonane wyłącznie w celu oszacowania wartości zamówienia (na podstawie ceny brutto oferty).
TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT	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: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 lub skany ofert na adres mailowy: lodz@ptrs.org.pl
ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU POSTĘPOWANIA	W toku dokonywania oceny złożonych ofert Zamawiający może wymagać udzielenia przez Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert. Niniejsza prośba nie stanowi procedury zasady konkurencyjności, a odpowiedź uzyskana przez Zamawiającego w procedurze szacowania nie będzie przez Zamawiającego traktowana jako oferta.

Łódź, 11.07.2019 r.

Monika Koza – koordynator projektu



**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NA USŁUGI OPIEKUŃCZE
ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA
7/RR/EFŚ/2019**

DANE WYKONAWCY:

Nazwa Wykonawcy:	
Województwo:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu, nr lokalu:	
NIP (o ile dotyczy):	
e-mail do kontaktu:	
Telefon do kontaktu:	

OFERTA CENOWA

Rodzaj zajęć	Specjalizacja (np. pielęgniarka/opiekunka/ AON)	Cena jednostkowa za 1 godzinę brutto
Usługa opiekuńcza	zł/godz (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 kadre 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)