

Wąbrzeźno, 15 maja 2024 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszam do złożenia oferty cenowej na „Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej opieki osoby niepełnosprawnej z terenu miasta Wąbrzeźna w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024”. Realizatorem Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 na terenie miasta Wąbrzeźna jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie – zwany dalej „Zamawiającym”, który działa zgodnie z Programem ogłoszonym przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w ramach Funduszu Solidarnościowego. Postępowanie prowadzone jest poniżej progu określonego w art. 2 ust. 1 pkt 1. ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, zgodnie z regulaminem udzielania zamówień o wartości szacunkowej niższej niż 130 000 zł netto obowiązującym w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie.

I. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

Celem programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobami posiadającymi znaczny stopień niepełnosprawności lub równoważny, poprzez czasowe odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie im czasu na odpoczynek i regenerację. Usługa opieki wytchnieniowej może służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków. Program dostępny jest dla Wykonawcy pod adresem: <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1488,nabor-wnioskow-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spolecznej-opieka-wytchnieniowa-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego-edycja-2024>

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie całodobowej usługi opieki wytchnieniowej w ośrodku wsparcia dla 5 osób - opiekunów osób niepełnosprawnych (na rzecz 5 osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym, w tym z niepełnosprawnością sprzężoną) z terenu miasta Wąbrzeźna, w wymiarze nieprzekraczającym 14 dni dla każdej osoby wraz z wyżywieniem. W ramach zamówienia zrealizowanych zostanie maksymalnie 14 dób dla każdej z 5 osób. Zakres świadczonych usług każdorazowo będzie indywidualnie określany i będzie wynikał z bieżących potrzeb osób niepełnosprawnych i ich opiekunów.

Usługi opieki wytchnieniowej muszą być prowadzone z zachowaniem podmiotowości osób niepełnosprawnych oraz ich niezależności.

II. Termin realizacji zamówienia

Termin realizacji zamówienia rozpocznie się od daty podpisania umowy, a zakończy w dniu 30 listopada 2024 roku.

III. Kryteria oceny oferty

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował kryterium:

1) Cena oferty brutto – 70 %

W ramach oceny oferty z zastosowaniem w/w kryterium i wzoru Wykonawca może otrzymać maksymalnie 70 punktów.

Cena powinna zawierać wszystkie koszty, jakie musi ponieść Wykonawca, aby zrealizować

zamówienie z najwyższą starannością oraz inne wydatki niezbędne do poniesienia w ramach świadczenia usługi.

2) Liczba wykonanych usług opieki wytchnieniowej – 30 %

1 usługa – 10 punktów

2 usługi – 20 punktów

3 usługi i więcej – 30 punktów.

Oferta z 0 (zero) wykonanych usług opieki wytchnieniowej uzyska 0 pkt. W ramach oceny oferty z zastosowaniem kryterium Wykonawca może otrzymać max 30 punktów.

IV. Warunki stawiane wykonawcy

Realizacja zamówienia musi się odbywać placówce, o której mowa w części V ust. 6 pkt 2 lit. c-g Programu „**Opieka wytchnieniowa**” - edycja 2024 <https://niepełnosprawni.gov.pl/a,1488,nabor-wnioskow-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spoecznej-opieka-wytchnieniowa-dla-jednostek-samorządu-terytorialnego-edycja-2024>.

Zamawiający wymaga posiadania przez Wykonawcę doświadczenia w realizacji usług polegających na świadczeniu usług opieki wytchnieniowej. Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał minimum jedną usługę polegającą na świadczeniu usług opieki wytchnieniowej wraz z podaniem jej wartości, przedmiotu, daty wykonania i danych podmiotu, na rzecz których usługi zostały wykonane oraz załączeniem dowodów potwierdzających, że usługi te zostały wykonane należycie (referencje). Wykonawca wraz z ofertą zobowiązany jest do złożenia oświadczenia wg wzoru wykaz usług – załącznik nr 2 do zapytania ofertowego na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu.

V. Warunki realizacji zamówienia

Wykonawca będzie zobowiązany do prowadzenia Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej (Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego) za dany miesiąc i do przekazania jej Zamawiającemu do 5-go dnia następnego miesiąca do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie ul. Wolności 32, pok. 6.

Składając ofertę wykonawca jednocześnie oświadcza, że:

- 1) posiada kompetencje i uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej;
- 2) znajduje się w sytuacji finansowej i ekonomicznej pozwalającej w sposób właściwy zrealizować zamówienie;
- 3) dysponuje odpowiednią zdolnością techniczną i zawodową niezbędną do prawidłowego wykonania zamówienia;
- 4) akceptuje postanowienia niniejszego zapytania;
- 5) akceptuje poprawienie przez zamawiającego oczywistych lub nieistotnych omyłek w ofercie;

Zamawiający odrzuci ofertę gdy:

- 1) zostanie złożona po terminie;
- 2) jej treść nie będzie odpowiadała treści zapytania ofertowego;
- 3) wykonawca nie przedłoży w wyznaczonym terminie odpowiednich dokumentów;

- 4) wykonawca nie złoży w wyznaczonym terminie uzupełnień oraz wyjaśnień dotyczących oferty;
- 5) wykonawca złoży więcej niż jedną ofertę;
- 6) wykonawca nie spełnia warunków stawianych wykonawcom w zapytaniu ofertowym

VI. Termin i sposób składania ofert

Oferty proszę przekazać do dnia 3.06.2024 do godziny 14:00:

- 1) drogą elektroniczną na adres: tomaszewska@mops.wabrzezno.com -oferta winna być podpisana podpisem elektronicznym lub
- 2) osobiście do budynku ul. Wolności 32, 87-200 Wąbrzeźno, do pokoju nr 1 (Sekretariat)

Oferty dostarczane osobiście należy składać w formie pisemnej w zamkniętych i odpowiednio oznakowanych kopertach z dopiskiem „Opieka wytchnieniowa 2024”.

Oferta winna być podpisana przez osobę uprawnioną.

Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie zastrzega sobie prawo do odwołania oferty oraz do przesunięcia terminu jej składania.

Formularz cenowy

„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego w ośrodku wsparcia dla osoby niepełnosprawnej z terenu miasta Wąbrzeźna w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024”.

L.P.	Forma wsparcia	Cena netto	Stawka VAT%	Cena brutto*
1	Usługa opieki wytchnieniowej dla 1 osoby za 1 dobę			

Dane

Wykonawcy:.....

.....

(nazwa, adres, tel., e-mail)

* Cena brutto winna zawierać podatek VAT oraz wszelkie zaplanowane oraz niezaplanowane, a wynikające z obowiązujących przepisów podatki oraz składki ZUS ponoszone przez Wykonawcę, w tym ewentualne koszty, które wystąpią po podpisaniu umowy.

WYKAZ USŁUG

„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego
W ośrodku wsparcia dla osoby niepełnosprawnej z terenu miasta Wąbrzeźna w ramach Programu „Opieka
wytchnieniowa”- edycja 2024”.

Działając w imieniu i na rzecz

.....
.....
.....

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy)

oświadczamy, że reprezentowana przez nas firma zrealizowała w ciągu ostatnich 3 lat następujące zamówienia:

Nazwa i adres Zamawiającego, miejsce realizacji	Wartość zamówienia	Zakres i rodzaj usługi	Czas realizacji od ... do ...
1	2	3	4

Uwaga: Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał minimum jedną usługę polegającą na świadczeniu usług opieki wytchnieniowej wraz z podaniem jej wartości, przedmiotu, daty wykonania i danych podmiotu, na rzecz których usługi zostały wykonane oraz załączeniem dowodów potwierdzających, że usługi te zostały wykonane należycie (referencje).

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....
.....

Adres zamieszkania:

.....
.....

Telefon:

.....
.....

E-mail:

.....
.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....
.....

Data urodzenia:

.....
.....

Adres zamieszkania:

.....
.....

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: diennej, całodobowej*.

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

.....

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.