**Załącznik Nr 1 do ogłoszenia**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTY** | |
| Przedmiot przetargu | **Świadczenie w okresie od 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski** |
| Zamawiający | **Gmina Ostrowiec Świętokrzyski- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**  **ul. Świętokrzyska 22**  **27-400 Ostrowiec Św.** |
| Wykonawca  (adres, nr tel., e-mail) |  |

I. Określenie wynagrodzenia ofertowego (liczbowo i słownie):

Oferujemy wykonanie zamówienia objętego ogłoszeniem zgodnie z wymogami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za wynagrodzenie w kwocie:

Cena netto: ……………………………… kwota VAT: ……………………………………

**Cena brutto**: ……………………………......... (słownie: ………………………………….

……………………………………………………………………………………………….)

Cena brutto obejmuje pełny zakres zamówienia określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz wszystkie konieczne składniki do realizacji przedmiotu zamówienia łącznie z podatkiem VAT.

II. Oświadczamy, że:

1. całość zamówienia zrealizujemy w terminie: 01.08.2020 r. – 31.12.2020 r.
2. jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
3. zobowiązujemy się do zatrudnienia ............... osoby bezrobotnej/osób bezrobotnych do realizacji usługi przez cały okres realizacji zamówienia na …........ etatu,
4. zapoznaliśmy się z ogłoszeniem oraz wzorem umowy i nie wnosimy do zawartych w tych dokumentach uregulowań żadnych zastrzeżeń, a w przypadku wygrania przetargu zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Wykonanie następującej części zamówienia, tj. ………………………….. zostanie powierzone Podwykonawcy,
6. wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:
7. ................................................................................................................................
8. ................................................................................................................................
9. ................................................................................................................................
10. ................................................................................................................................
11. ................................................................................................................................
12. ................................................................................................................................
13. ................................................................................................................................
14. ................................................................................................................................
15. ................................................................................................................................
16. ................................................................................................................................
17. ................................................................................................................................
18. wskazujemy, iż dokument z którego wynika prawo do podpisania oferty lub innych dokumentów składanych z ofertą, Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnej   
    i ogólnodostępnej bazy danych: ………………………..……………………………..
19. oferta zawiera ......... stron podpisanych i ponumerowanych od nr ........ do nr ..........

.................................. …………………………………………………..

Data, miejscowość (Podpis Wykonawcy)

**Załącznik Nr 2 do ogłoszenia**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ CENOWY** | |
| Przedmiot przetargu | **Świadczenie w okresie od 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski** |
| Zamawiający | **Gmina Ostrowiec Świętokrzyski- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**  **ul. Świętokrzyska 22**  **27-400 Ostrowiec Św.** |
| Wykonawca  (adres, nr tel., e-mail) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Cena oferowana za 1 godzinę usługi opieki wytchnieniowej | Cena netto: …………... zł. VAT: ……………….  Cena brutto: ………..………………………..  Cena brutto słownie: …………………………… |
| 2 | Łączna wartość zamówienia (cena za 1 godz. usługi x 12 000) | Cena netto: ………………... zł. VAT: …………  Cena brutto: ………..………………………..  Cena brutto słownie: ……………………………… |

.................................. …………………………………………………

Data, miejscowość (Podpis Wykonawcy)

**­**

**Załącznik Nr 3 do ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.** **Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej ustawą Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Nazwa Wykonawcy ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy ............................................................................................................

Numer tel. .................................................................................................................

Przystępując do postępowania o zamówienie na usługi społeczne „**Świadczenie w okresie od 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski”**

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

…………….……......................*(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................

…………….……................... *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………………………………………

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie

**podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.**

…………….…………………………… *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……………………………….. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….…………………………….. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych   
do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 4 do ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.** **Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej ustawą),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Nazwa Wykonawcy ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy ............................................................................................................

Numer tel. .................................................................................................................

Przystępując do postępowania o zamówienie na usługi społeczne „**Świadczenie w okresie od 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski”**

**o**świadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  SIWZ:

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ:

polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

w następującym zakresie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….…………………… *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….…………………….. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik Nr 5 do ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI/**

**BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ,**

**o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**(zwanej dalej Pzp.) tj. w rozumieniu ustawy   
z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów**

**(t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 369)**

Nazwa Wykonawcy ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy ............................................................................................................

Numer tel. .................................................................................................................

e-mail: ...............................................................................................................................

Przystępując do postępowania o zamówienie na usługi społeczne „**Świadczenie w okresie od 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski” o**świadczam, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o Ochronie konkurencji i konsumentów z dnia 16 lutego 2007 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076, z pózn. zm.) z wykonawcami składającymi ofertę\*;
2. należymy wraz z wykonawcą, który złożył ofertę ................................................,

(dane wykonawcy)

do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o Ochronie konkurencji   
i konsumentów z dnia 16 lutego 2007 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076, z późn. zm.)\*;

\*Nie podlegamy jednak wykluczeniu w trybie art. 24 ust 1 pkt 23 Pzp. ponieważ istniejące w grupie kapitałowej powiązania nie prowadzą do zachowania uczciwej konkurencji pomiędzy wykonawcami w postępowaniu o udzielenie zamówienia, na dowód czego składamy w ofercie listy podmiotów należących do grupy kapitałowej w skład której wchodzimy wraz z wyjaśnieniem dlaczego nasza przynależność do grupy kapitałowej nie narusza przepisów o ochronie konkurencji w przedmiotowym postępowaniu\*.

Lista podmiotów wraz z wyjaśnieniami:

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

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

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

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

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

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

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

itd.

Wraz ze złożeniem oświadczenia Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…….…….... .…………………….……………………

(miejscowość i data) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionych

do występowania w imieniu Wykonawcy)

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (np. spółka cywilna, konsorcjum), wypełnia każdy Wykonawca z osobna

\****niepotrzebne skreślić***

*Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji o których mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp. Wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia*

**Załącznik Nr 6 do ogłoszenia**

**WYKAZ USŁUG**

**Dotyczy realizacji zadania:** „**Świadczenie w okresie 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski”**

Nazwa Wykonawcy ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy ............................................................................................................

Numer tel. .................................................................................................................

Wykaz wykonanych lub wykonywanych w sposób określony w pkt V.2.3 tiret 1 usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączenie dokumentów potwierdzających, wartość i należyte wykonanie usług.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Zamawiający** | **Wartość brutto** | **Data wykonania zamówienia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu załączamy …………. szt. referencji.

.................................. …………………………………………

Data, miejscowość (Podpis Wykonawcy)

**Załącznik Nr7 do ogłoszenia**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Postanowienia ogólne**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego, tj. bezpośredniej opieki nad dzieckiem lub osobą dorosłą, których niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, zamieszkałą na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski realizowanych na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020, realizowanego w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych przyjętego do realizacji uchwałą Nr XXXII/40/2020 Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego dnia 3 czerwca 2020 r. w sprawie realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020. Usługi świadczone będą na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyskim w okresie od dnia **01.08.2020 r. do dnia 31.12.2020 r. w dni robocze, a także soboty, niedziele   
   i święta w godz: 7.00 – 22.00** w miejscu zamieszkania osób, którym usługa ta została przyznana.

Usługa opieki wytchnieniowej jest skierowana do **członków rodzin lub opiekunów**, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki **nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności** oraz orzeczeniami równoważnymi i podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w tym zakresie. Opieka wytchnieniowa polega na czasowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację.

1. Przewidywana liczba godzin usług do wykonania w okresie: **od 01.08.2020 r.   
   do 31.12.2020 r. dla:**

**- osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności** oraz orzeczeniami równoważnymi **– 9 600 godzin.**

**- dzieci niepełnosprawnych - 2 400 godzin.**

**Przewidywana łączna liczba godzin wynosi: 12 000 godzin.**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość zrealizowania mniejszej ilości godzin z przyczyn od niego niezależnych (np. zmniejszenie ilości osób korzystających z usługi). W przypadku zaistnienia potrzeb, Zamawiający zastrzega sobie możliwość przesunięcia ilości godzin między poszczególnymi grupami osób niepełnosprawnych, o których mowa wyżej pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia ustalonego w umowie.

Za jedną godzinę świadczenia usługi dla podopiecznego przyjmuje się czas 60 min. Czas dojazdu do miejsca świadczenia usług na rzecz podopiecznego nie jest wliczany do czasu świadczenia usługi.

1. Zakres wsparcia (Załącznik Nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia), godziny świadczenia usług opieki wytchnieniowej będą indywidualnie ustalane dla każdego świadczeniobiorcy z uwzględnieniem jego konkretnych potrzeb oraz potrzeb osoby niepełnosprawnej.
2. Usługa opieki wytchnieniowej przyznawana będzie na podstawie wypełnionej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 oraz po dokonaniu pogłębionej analizy sytuacji rodzinnej (Załącznik Nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia).

W sytuacji nagłej/losowej/interwencyjnej usługa opieki wytchnieniowej może być przyznana bez Karty zgłoszenia do Programu Opieka wytchnieniowa – edycja 2020. Jednakże dokument ten powinien zostać uzupełniony niezwłocznie w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze.

1. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy jeden egzemplarz „Karty Informacyjnej osoby niepełnosprawnej”, której dotyczy usługa (Załącznik Nr 2 do opisu przedmiotu zamówienia) zawierającej wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej i zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, w celu właściwego świadczenia usług,  
   a Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym wymiarem i zakresem wsparcia. Dodatkowo otrzyma jeden egzemplarz ustalonego zakresu wsparcia usługi opieki wytchnieniowej oraz pismo informujące wnioskodawcę o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej, o prawach i obowiązkach uczestnictwa  
   w Programie. W przypadku zmiany zakresu wsparcia ustalonego z członkiem rodziny lub opiekunem osoby niepełnosprawnej, Zamawiający niezwłocznie przekazuje telefonicznie bądź w inny sposób aktualny zakres.
2. Zamawiający informuje, że niniejsze **postępowanie jest prowadzone z zastosowaniem tzw. klauzul społecznych.** W związku z tym, przy dokonywaniu oceny ofert Zamawiający będzie brał pod uwagę zatrudnienie na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę co najmniej 1 osoby bezrobotnej, co oznacza osobę spełniającą przesłanki art. 2 ust. 1 pkt 2ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z pózn. zm.). Sposób oceny wpływu posiadania statusu bezrobotnego na ocenę oferty zawarty jest w rozdziale XIII ogłoszenia dotyczący kryteriów oceny ofert. Wykonawca który będzie chciał skorzystać z preferencji przy ocenie ofert z uwagi na zatrudnienie na podstawie umowy o pracę osób posiadających status bezrobotnego zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie w Formularzu ofertowym stanowiącym – Załącznik Nr 1 do ogłoszenia.

Zatrudnienie powinno obejmować czas realizacji umowy, a osoba ta powinna bezpośrednio uczestniczyć w realizacji umowy. Zatrudnienie osoby bezrobotnej realizującej zamówienie nie powinno nastąpić później niż 14 dnia od podpisania umowy przez strony.

Wykonawca w ciągu 5 dni od dnia zatrudnienia, zawiadamia Zamawiającego o zatrudnieniu osoby bezrobotnej przedstawiając:

1. odpis skierowania bezrobotnego do pracodawcy wystawionego przez urząd pracy,
2. decyzje o utracie statusu bezrobotnego,
3. oświadczenia Wykonawcy/Podwykonawcy o zatrudnieniu osoby bezrobotnej, której dotyczy wezwanie Zamawiającego. Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności dokładne określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia oświadczenia, wskazanie że objęte wezwaniem czynności wykonują osoby bezrobotne wraz ze wskazaniem liczby tych osób, umowy oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu Wykonawcy.
4. poświadczonej za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę/ Podwykonawcę kopii umowy o pracę osoby bezrobotnej wykonującej w trackie realizacji umowy czynności, których dotyczy w/w oświadczenie Wykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Dokumenty potwierdzające zatrudnienie powinny zostać zanonimizowane w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L119 z 04 maja 2016 r. str.1) i dalej „RODO”. Informacje takie jak imię, nazwisko zatrudnionego, data zwarcia umowy, rodzaj umowy o pracę, stanowisko lub rodzaj wykonywanych czynności powinny być możliwe do zidentyfikowania.
5. zaświadczenie właściwego oddziału ZUS, potwierdzającego opłacanie przez Wykonawcę składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne z tytułu zawarcia umowy o pracę z bezrobotnym za ostatni okres rozliczeniowy lub poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę kopię dowodu potwierdzającego zgłoszenie pracownika przez pracodawcę do ubezpieczeń, zanonimizowaną w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z RODO. Imię i nazwisko pracownika nie podlega anonimizacji.

W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez osobę bezrobotną lub przez pracodawcę przed zakończeniem tego okresu Wykonawca jest zobowiązany do zatrudnienia, w terminie 14 dni licząc od dnia rozwiązania stosunku pracy, na to miejsce innej osoby bezrobotnej.

Zasady dotyczące przedłożenia dokumentacji poświadczającej zatrudnienie osoby bezrobotnej stosuje się także do następnej osoby zatrudnianej.

W przypadku braku możliwości zatrudnienia osoby bezrobotnej z przyczyn niezależnych od Wykonawcy w w/w terminie, tj. 14 dni od dnia zawarcia umowy i gdy Wykonawca wykaże, ze przedstawił zgłoszenie ofert pracy powiatowemu urzędowi pracy albo odpowiedniemu organowi zajmującemu się realizacją zadań z zakresu rynku pracy w państwie, w którym ten Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania (w szczególności wobec braku  
na obszarze, w którym jest realizowane zamówienie i w okresie jego realizacji, osób bezrobotnych zdolnych do wykonania zamówienia lub odmowy podjęcia pracy przez taką osobę bezrobotną) Wykonawca jest zobowiązany do podejmowania prób mających na celu zatrudnienie osoby bezrobotnej.

Na każdym etapie realizacji umowy Zamawiający uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec Wykonawcy odnośnie spełniania przez Wykonawcę wymogu zatrudnienia osoby bezrobotnej, w każdym momencie realizacji umowy. Zamawiający uprawniony jest w szczególności do:

1. żądania oświadczeń i dokumentów wskazanych poniżej w zakresie potwierdzenia zatrudnienia osoby bezrobotnej lub faktu jej uczestnictwa przy realizacji umowy,
2. żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzenia spełnienia w/w wymogów,
3. przeprowadzenia kontroli w miejscu wykonywania świadczenia.

W przypadku nie zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przy realizacji umowy osoby bezrobotnej przez okres realizacji umowy w wyznaczonych powyżej terminach (dotyczy Wykonawców, którzy chcieli skorzystać z preferencji przy ocenie ofert z uwagi na zatrudnienie osób posiadających status bezrobotnego i złożyli stosowne oświadczenie   
w Formularzu ofertowym, stanowiącym – Załącznik Nr 1 do ogłoszenia), Zamawiający przewiduje sankcje w postaci obowiązku zapłaty przez Wykonawcę kary umownej w wysokości iloczynu kwoty minimalnego wynagrodzenia ustalonego dla pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem wysokości etatu jaki został wskazany przez Wykonawcę w ofercie oraz liczby miesięcy w okresie realizacji zamówienia, w czasie których w/w obowiązek nie był realizowany, chyba, że Wykonawca wykaże, że przedstawił zgłoszenie ofert pracy powiatowemu urzędowi pracy albo odpowiedniemu organowi zajmującemu się realizacją zadań z zakresu rynku pracy w państwie, w którym ten Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, a niezatrudnienie osób bezrobotnych nastąpiło z przyczyn niezależnych po jego stronie. Za przyczynę nieleżącą po stronie Wykonawcy będzie uznany w szczególności brak na obszarze, w którym jest realizowane zamówienie i w okresie jego realizacji, osób bezrobotnych zdolnych do wykonania zamówienia lub odmowy podjęcia pracy przez taką osobę bezrobotną.

Niezłożenie przez Wykonawcę w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie żądanych przez Zamawiającego dowodów w celu potwierdzenia spełnienia przez Wykonawcę wymogu zatrudnienia wymaganej przez Zamawiającego osoby traktowane będzie jako niespełnienie przez Wykonawcę tego wymogu.

Za zatrudnienie osoby zarejestrowanej we właściwym urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej nie uważa się zatrudnienie przez Wykonawcę osoby uprzednio przez niego zwolnionej, jeżeli w/w zwolnienie nastąpiło w okresie 1 miesiąca poprzedzającego zawarcie umowy na realizację zamówienia.

**Zatrudnienie osoby bezrobotnej jak wskazano powyżej swoim zakresem musi obejmować cały okres przedmiotu umowy w wymiarze min. ½ etatu (min. 4 godzin na dobę).**

1. Obowiązki Wykonawcy.

Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia kadry pracowniczej:

1. **co najmniej 13 opiekunów** (na podstawie umowy o pracę, umowy cywilno - prawnej), tj. osób z wykształceniem przynajmniej średnim, posiadających co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu usług opiekuńczych, tj.:

-rehabilitanta/ fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego, psychologa/ psychoterapeutę lub:

-kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego lub:

-udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie zawodowe polegające na udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.

Ponadto opiekunowie świadczący usługę opieki wytchnieniowej będą zdolni do wykonywania czynności fizycznych w zakresie opieki nad dziećmi do lat 16, osobami niepełnosprawnymi z tytułu wieku, choroby i innych przyczyn, które wymagają pomocy innych osób oraz każdy opiekun będzie posiadał aktualne badania do celów sanitarno – epidemiologicznych,

1. **zatrudnienia osoby odpowiedzialnej** (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej)  
   za planowanie i nadzorowanie pracy opiekunów świadczących usługę opieki wytchnieniowej, za ciągły nadzór nad realizacją usługi opieki wytchnieniowej w terenie oraz sporządzanie comiesięcznego wykazu godzin zrealizowanych usług, dokonanego na podstawie comiesięcznego rozliczenia realizacji usług u poszczególnych podopiecznych według „Karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2020, zwanej „Kartą realizacji usługi”(Załącznik Nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia).

Ponadto, obowiązkiem osoby odpowiedzialnej będzie dokonywanie wizyt kontrolnych u każdej osoby niepełnosprawnej, nie rzadziej niż raz na 2 miesiące oraz sporządzanie z tych wizyt notatek służbowych w zakresie rozeznania m. in jakości świadczenia usług. Notatki będą przechowywane w teczkach osobowych świadczeniobiorcy. Osoba odpowiedzialna, będzie instruowała opiekunów w sposób szczegółowy o obowiązujących ich zakresach czynności, poświadczając to odebraniem stosownego oświadczenia o dokonanym instruktażu. Osoba odpowiedzialna, będzie organizowała comiesięczne spotkania wszystkich opiekunów o ustalonej godzinie, celem przekazania „kart realizacji usługi” na miesiąc następny, omówienia istotnych spraw dotyczących świadczenia usług opieki wytchnieniowej u osób niepełnosprawnych, jak i przeprowadzania wewnętrznych szkoleń w zakresie sprawowania opieki nad osobami niepełnosprawnymi, podczas których w razie konieczności będzie uczestniczył Zamawiający. Osoba ta nie może łączyć pracy osoby odpowiedzialnej z wykonywaniem usług opieki wytchnieniowej określonych w punkcie 1 do przedmiotu zamówienia – praca w terenie.

Wykonawca wskaże numer telefonu osoby odpowiedzialnej za planowanie i nadzorowanie pracy opiekunów świadczących usługę opieki wytchnieniowej, do kontaktów z Zamawiającym, w celu właściwej realizacji przedmiotu zamówienia.

W przypadku nieobecności osoby odpowiedzialnej, wykonawca wyznaczy i upoważni pisemnie osobę, która będzie pełnić w/w obowiązki.

Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczonej usługi opieki wytchnieniowej:

1. w przypadkach nagłej absencji pracownika - opiekuna, Wykonawca niezwłocznie organizuje zastępstwo innego pracownika, jednocześnie informując (maksymalnie w ciągu 2 godzin) o tym fakcie członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej oraz Zamawiającego. Podczas przekazywania pracownikowi- opiekunowi „nowego środowiska”, ustnie przekazuje ustalony zakres wsparcia oraz istotne informacje niezbędne do świadczenia usługi,
2. niezwłocznie (w ciągu 2 godzin) musi poinformować Zamawiającego o wstrzymaniu usług u osoby niepełnosprawnej z powodu: hospitalizacji, zgonu lub innych powodów. W przypadku wstrzymania świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, Wykonawca nie może żądać zapłaty za ten okres.

Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji :

- miesięcznych „kart realizacji usługi” dla każdego pracownika,

- jednolitych teczek osobowych każdego pracownika świadczącego usługę opieki wytchnieniowej, zawierających: kserokopie umowy zatrudnienia, szczegółowy zakres obowiązków, dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe pracownika, oświadczenia o zapoznaniu z zakresem obowiązków, oświadczenia o przeprowadzeniu instruktażu stanowiskowego,

- teczek osobowych dla każdej osoby niepełnosprawnej, w których zawarte będą: szczegółowy zakres wsparcia świadczonej usługi opieki wytchnieniowej, „karta informacyjna osoby niepełnosprawnej”, pismo informujące wnioskodawcę o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej, o prawach i obowiązkach uczestnika w programie oraz notatki służbowe sporządzane po każdej wizycie kontrolnej u osoby niepełnosprawnej,

- rejestru wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

- informacji/oświadczeń o czasowym nieświadczeniu usług opieki wytchnieniowej,

- protokołów z comiesięcznych zebrań z pracownikami, wraz z listą obecności osób uczestniczących  
w spotkaniach,

Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu po zakończonym miesiącu, w terminie nie później niż do 2 - go dnia następnego miesiąca, wykazu ilości godzin usługi opieki wytchnieniowej świadczonych u osób niepełnosprawnych wraz z informacją o dniach nieświadczonych usług oraz przekazania miesięcznego harmonogramu pracy pracowników - opiekunów na miesiąc następny.

Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie, spełnienia przez Wykonawcę warunków wymogu zatrudnienia osoby bezrobotnej, tj. wymogu klauzul społecznych, jakości, rzetelności, efektywności i stanu realizacji sposobu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej oraz prawidłowości prowadzonej kontroli. W ramach kontroli Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia, jak i udostępnienia wszelkiej dokumentacji dotyczącej realizacji przedmiotu umowy.

Wykonawca zobowiązany jest do przechowywania wszelkiej dokumentacji związanej z przedmiotem zamówienia przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym wykonawca realizował Zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Usługa opieki wytchnieniowej musi być prowadzona z zachowaniem podmiotowości osób niepełnosprawnych oraz ich niezależności.

**(Załącznik Nr 1)**

…………………………………Ostrowiec Św. dnia …....................................

(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

**ZAKRES WSPARCIA W RAMACH USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**dla świadczeniobiorcy: …...............................................................................................**

*(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/dziecka niepełnosprawnego)*

**Usługi opiekuńcze** świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują następujący zakres:

1. pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnoprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
2. pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
3. pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
4. pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
5. pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
6. słanie łóżka,
7. karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
8. pomoc przy myciu, kąpaniu,
9. zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
10. układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
11. podawanie basenu, kaczki,
12. zmiana pampersów,
13. zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
14. zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
15. pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
16. podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
17. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
18. uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
19. pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
20. dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
21. w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
22. pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
23. pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
24. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
25. utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
26. wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
27. ułatwianie dostępu do edukacji i kultury

…...................…...........................

Podpis pracownika

……………………………………………

(podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna

# (Załącznik Nr 2)

# WZÓR KARTY INFORMACYJNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Data założenia: ….........................................

**Karta informacyjna osoby niepełnosprawnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwisko i imię***  ***…………………………………***  ***Tel:***  ***….......................*** | ***Data urodzenia*** | | ***Adres zamieszkania***  ***Ostrowiec Św.***  ***ul. …...........................*** |
| *Dane opiekuna prawnego/faktycznego osoby niepełnosprawnej:*  *córka: ………………*  *wnuk: ………………*  *siostra: ………………* | | |  |
| *Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania (uzyskane na podstawie wypełnionej karty zgłoszenia do Programu):*  …*..….......................................................* | | | |
| *Przychodnia rodzinna/specjalistyczna:* | | | |
| *Informacje uzyskane od lekarza/pielęgniarki wypełniających Kartę oceny stanu dziecka./osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM (załącznik do Programu „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2020*   * 1. *Liczba punktów ……………………………………..….*   2. *Nazwisko lekarza /pielęgniarki…………………….…*   3. *Nazwa przychodni …………………………………….* | | | |
| *Data rozpoczęcia usługi opieki wytchnieniowej: …................* ***r.*** | | *Dzienny/tygodniowy wymiar usługi opieki wytchnieniowej: ….......* ***godziny*** | |

(Załącznik Nr 3)

**Wzór Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

**I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa):**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..………

**II. Dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Telefon:……………………………..

E-mail:……………………………….

**III. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

□ dzienna, miejsce……………………………………. \*

□ całodobowa, miejsce ………………………………….\*

□ specjalistyczne poradnictwo

□ w godzinach ………………………….. □ w dniach ………..…………

**V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności \*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..…………………………………………………………………

(Podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020:

1. Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:
2. miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
3. ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
4. innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.
5. Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:
6. ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
7. ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
8. miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

\*\*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

Załącznik Nr 4

**Wzór Karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2020**

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr ..............................................................

2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową: ………………………….……………………….…….………..……….

3. Adres: …..…………………………………………………………………………….….…..…......…

4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową ..………………………………..………..

5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od …………………… do …..…………

6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa\*

7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ..………………………………….…….……….….

8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej…………………………………………………….…

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonywania opieki wytchnieniowej** | **Wykonano opiekę wytchnieniową**  **od godz. …**  **do godz. …** | **Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu ……....….. r., wynosi …..…………..… godzin.

………………………………..

Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………..…………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług

**Załącznik Nr 8 do ogłoszenia**

**U M O W A Nr D.24. .2020**

W dniu ………………. r. pomiędzy Gminą Ostrowiec Świętokrzyski   
ul. Głogowskiego 3/5, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, NIP:661-000-39-45 - Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Św., zwanym dalej „Zamawiającym”, reprezentowanym na mocy upoważnień Prezydenta Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego ………… z dnia …... i Nr ………….. z dnia ………….. r. (z późn. zm.) r. przez Dyrektora mgr Magdalenę Salwerowicz, a **…………….**, zam. ul. ……………….. 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, PESEL: …….., prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą **……………..** ul. …………… 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, …………… REGON ……………… , zwanym dalej „Wykonawcą”, została zawarta w wyniku przeprowadzonego w dniu …..……. r. postępowania na usługi społeczne, umowa o następującej treści:

**§ 1.**

1. Zamawiający zleca w wyniku przeprowadzonego w dniu …………….. r. postępowania na udzielenie zamówienia na usługi społeczne, a Wykonawca przyjmuje na siebie świadczenie usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego, tj. bezpośredniej opieki nad dzieckiem lub osobą dorosłą, których niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, zamieszkałą na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski, w miejscu zamieszkania dziecka niepełnosprawnego lub osoby niepełnosprawnej. Usługa opieki wytchnieniowej realizowana jest na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020, przyjętego do realizacji uchwałą Nr XXXXII/40/2020 Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego dnia 3 czerwca 2020 r. w sprawie realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020. Program „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020 jest współfinansowany z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych zwany dalej „Programem”.
2. Odbiorcą usługi jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.

**§ 2.**

1. Usługa opieki wytchnieniowej zostaną wykonane zgodnie z zapisami niniejszej umowy, ogłoszeniem, w szczególności zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz ofertą Wykonawcy.
2. Usługi świadczone będą na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w okresie od 01.08.2020 r. do 31.12.2020 r. w dni robocze, a także soboty, niedziele i święta w godzinach 7.00 – 22.00, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej. Przyznanie usług opieki wytchnieniowej następuje na podstawie złożonej „Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2020 zwanej „Kartą zgłoszenia” *(załącznik Nr 1 do umowy)* oraz spełnienia warunków uczestnictwa.
3. Usługa opieki wytchnieniowej jest skierowana do  członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

# dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,

# osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.

1. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
2. Wykaz osób, które będą realizować umowę, będzie stanowił załącznik Nr 5 do niniejszej umowy.

**§ 3.**

1. Strony ustalają, że usługi opieki wytchnieniowej, obejmują swym zakresem poniższe usługi:
2. pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnoprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
3. pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
4. pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
5. pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
6. pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
7. słanie łóżka,
8. karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
9. pomoc przy myciu, kąpaniu,
10. zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
11. układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
12. podawanie basenu, kaczki,
13. zmiana pampersów,
14. zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
15. zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
16. pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
17. podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
18. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
19. uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
20. pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
21. dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
22. w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
23. pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
24. pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
25. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
26. utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
27. wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
28. ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

**§ 4.**

1. Usługa opieki wytchnieniowej przyznawana będzie na podstawie złożonej „Karty zgłoszenia” określającej dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej, dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy), preferowanej formy, wymiaru i miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej wraz z „Kartą oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM”*,* kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności, oświadczeń z klauzulą informacyjną oraz po dokonaniu przeprowadzonej analizie sytuacji rodzinnej.
2. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy jeden egzemplarz „Karty Informacyjnej osoby niepełnosprawnej *(załącznik Nr 2 do umowy)*  której dotyczy usługa zawierającej wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej, rodzinnej, zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, w celu właściwego świadczenia usług, a Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym zakresem i wymiarem. Ponadto Zamawiający przekaże zakres wsparcia usługi opieki wytchnieniowej, ustalony z uwzględnieniem konkretnych potrzeb świadczeniobiorcy oraz osoby/dziecka niepełnosprawnego *(Załącznik Nr 3 do umowy*)*.* W przypadku zmiany zakresu wsparcia ustalonego z członkiem rodziny lub opiekunem osoby niepełnosprawnej, Zamawiający niezwłocznie przekazuje telefonicznie bądź w inny sposób aktualny zakres.
3. W przypadkach nie cierpiących zwłoki Wykonawca może świadczyć usługę opieki wytchnieniowej jeszcze przed otrzymaniem „Karty zgłoszenia” o której mowa w ust. 1, po uprzednim uzgodnieniu tej możliwości z MOPS, telefonicznie   
   (nr tel.: 41 276 76 57), bądź w inny sposób.
4. Zmiana ilości godzin świadczonych przez Wykonawcę usług może następować w  uzasadnionych przypadkach, na pisemną prośbę podopiecznego lub na wniosek pracownika socjalnego, co potwierdzi stosowne pismo MOPS.
5. Biuro Wykonawcy znajduje się w Ostrowcu Św. przy ul. ………………. nr tel.: …………. e-mail: …………….

**§ 5.**

1. Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu po zakończonym miesiącu, w terminie nie później niż do 2 - go dnia następnego miesiąca, zbiorczego miesięcznego wykazu ilości godzin usługi opieki wytchnieniowej świadczonych u osób niepełnosprawnych wraz z informacją o dniach nieświadczonych usług oraz przekazania miesięcznego harmonogramu pracy opiekunów na miesiąc następny.
2. Na żądanie Zamawiającego Wykonawca zobowiązany jest przedstawić do wglądu „Karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2020 *(Załącznik Nr 4 do umowy)* za wskazany miesiąc, w którym świadczono usługi, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania do przedstawienia w/w kart.

**§ 6.**

1. Zamawiający przewiduje do wykonania przez Wykonawcę **12 000** godzin usługi opieki wytchnieniowej, w tym dla:

1) osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi– **9 600 godzin**

2) dzieci niepełnosprawnych z orzeczeniem o niepełnosprawności – **2 400 godzin.**

1. zmianach ilości godzin przyznanych usług, ich zakresu oraz o zwiększeniu lub zmniejszeniu ilości świadczeniobiorców - Zamawiający będzie niezwłocznie informował Wykonawcę, który będzie zobowiązany uwzględnić to w swoich działaniach.
2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość przesunięć ilościowych godzin usług między grupami osób niepełnosprawnych, o których mowa w ust. 1, w przypadku zaistnienia takich potrzeb, pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia Zleceniobiorcy.
3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zrealizowania przez Wykonawcę mniejszej ilości godzin usług, o których mowa w ust. 1, z przyczyn niezależnych od Zamawiającego.

**§ 7.**

1. Strony ustalają wynagrodzenia Wykonawcy za realizację 1 godziny usług opieki wytchnieniowej objętej przedmiotem umowy: ………..zł netto (słownie: ………………….. złotych 00/100) z VAT (zwolniony), brutto …………… zł (słownie: ……………………. złotych 00/100).
2. Strony ustalają, że całkowite wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy nie przekroczy kwoty netto: ………………….. zł (słownie: ……………………. złotych 00/100) z VAT (zwolniony), brutto: …………………… zł (słownie: ……………………. złotych 0/100), z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości zmiany wynagrodzenia Wykonawcy, o którym mowa w ust. 1 i 2 w okresie realizacji umowy, za wyjątkiem ustawowej zmiany podatku VAT oraz w przypadku zmniejszenia ilości godzin usług wskazanych w ogłoszeniu i umowie z przyczyn niezależnych od Zamawiającego. W przypadku zmniejszenia ilości godzin zmiana umowy, w tym w zakresie całkowitego wynagrodzenia zostanie wprowadzona stosownym aneksem.

**§ 8.**

1. Płatność na rzecz Wykonawcy będzie dokonywana przez Zamawiającego miesięcznie, przelewem na konto ………………………………….., w terminie …………. dni od otrzymania faktury, pod rygorem odsetek ustawowych, z zastrzeżeniem § 10 ust. 2.
2. Faktury, oprócz elementów określonych w ustawie o podatku od towarów i usług (art. 106e ust1 ) powinny zawierać dane identyfikacyjne nabywcy wg. wzoru:

**Nabywca:** Gmina Ostrowiec Świętokrzyski

27-400 Ostrowiec Świętokrzyski;

ul. Jana Głogowskiego 3/5

NIP: 661-000-39-45

**Odbiorca (płatnik):** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

27-400 Ostrowiec Świętokrzyski;

ul. Świętokrzyska 22

**§ 9.**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie:
2. jakości, rzetelności, efektywności realizacji zadania,
3. stanu realizacji zadania,
4. prawidłowości prowadzonej dokumentacji dotyczącej realizacji zadania.
5. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji.
6. Wykonawca ma obowiązek założenia i prowadzenia dla każdego świadczeniobiorcy korzystającego z usług opieki wytchnieniowej dokumentacji zawierającej:
7. Kartę informacyjną osoby niepełnosprawnej , zawierającą wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej, rodzinnej, zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, w celu właściwego świadczenia usług.
8. Zakres wsparcia usługi opieki wytchnieniowej, z uwzględnieniem konkretnych potrzeb świadczeniobiorcy oraz osoby/dziecka niepełnosprawnego.
9. Informacje o wynikach kontroli dotyczących prawidłowości i jakości świadczonych usług, przeprowadzonych przez MOPS lub z ramienia samego Wykonawcy.

4. Wykonawca zobowiązany jest do przechowywania wszelkiej dokumentacji związanej   
z przedmiotem zamówienia przez okres 5 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym wykonawca realizował zadanie ze środków Funduszu Solidarnościowego.

**§ 10.**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania przez Wykonawcę przedmiotu umowy Zamawiającemu przysługują kary umowne, w następujących przypadkach   
   i wysokościach:
2. konieczności odstąpienia przez Zamawiającego od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy lub niewykonania, bądź zerwania umowy przez Wykonawcę - w wysokości 10000,00 zł /słownie złotych: dziesięć tysięcy/.
3. stwierdzenia przez Zamawiającego, z urzędu lub wskutek skargi podopiecznego, nienależytego wykonywania przez Wykonawcę przedmiotu umowy /np. zaniżanie ilości, zakresu usług opieki wytchnieniowej lub złej ich jakości/ - w wysokości 500 zł /słownie złotych: pięćset/, za każdy stwierdzony przypadek niewłaściwego wykonania przedmiotu umowy.
4. W przypadku niezatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę przy realizacji zamówienia osoby bezrobotnej, przez okres realizacji umowy, w terminach określonych w § 12, Wykonawca będzie zobowiązany do zapłacenia Zamawiającemu kary umownej w wysokości iloczynu kwoty minimalnego wynagrodzenia ustalonego dla pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem wysokości etatu jaki został wskazany przez Wykonawcę w ofercie oraz liczby miesięcy w okresie realizacji zamówienia, w czasie których w/w obowiązek nie był realizowany, chyba, że Wykonawca wykaże, że przedstawił zgłoszenie ofert pracy powiatowemu urzędowi pracy albo odpowiedniemu organowi zajmującemu się realizacją zadań z zakresu rynku pracy   
   w państwie, w którym ten Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, a niezatrudnienie osób bezrobotnych nastąpiło z przyczyn niezależnych po jego stronie. Za przyczynę nieleżącą po stronie Wykonawcy będzie uznany w szczególności brak na obszarze, w którym jest realizowane zamówienie i w okresie jego realizacji, osób bezrobotnych zdolnych do wykonania zamówienia lub odmowy podjęcia pracy przez taką osobę bezrobotną.
5. Kary umowne mogą podlegać potrąceniu przez Zamawiającego z wynagrodzenia Wykonawcy z najbliższej wystawionej przez niego faktury. Potrącenie, o którym mowa, będzie dokonane na podstawie noty księgowej wystawionej przez Zamawiającego.
6. Jeżeli kara umowna, określona w ust. 1 pkt 1, nie zrekompensuje w pełni poniesionej przez Zamawiającego szkody, przysługuje mu prawo dochodzenie od Wykonawcy odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

**§ 11.**

1. Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia 01.08.2020 r. do dnia 31.12.2020 r.**
2. W przypadku rażącego nieprzestrzegania przez Wykonawcę warunków niniejszej umowy, Zamawiający zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez wypowiedzenia. Przed złożeniem oświadczenia o rozwiązaniu umowy Zamawiający wezwie Wykonawcę do usunięcia stwierdzonych naruszeń. W razie rozwiązania umowy   
   w tym trybie Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia odszkodowawcze   
   w stosunku do Zamawiającego.

**§ 12.**

1. Wykonawca w okresie realizacji przedmiotu umowy zobowiązuje się:
2. zatrudnić osobę/ …... osoby bezrobotne do realizacji usługi, o których mowa w § 2 ust. 1, na podstawie umowy o pracę zawartej w nie mniej niż niepełnym wymiarze czasu pracy, gdzie niepełny wymiar czasu pracy nie może być niższy niż 1/2 etatu,   
   tj. …......... etatu
3. zatrudnić na podstawie umowy o pracę osobę/osoby, o której/-ych mowa w pkt.1, nie później niż do 14 dnia po podpisaniu umowy i udokumentować ten fakt Zamawiającemu, poprzez przedłożenie w terminie 5 dni od zatrudnienia dokumentów o których mowa w ust. 2,
4. składać, na każde wezwanie Zamawiającego, pisemne oświadczenie o spełnieniu wymogu, o którym mowa w pkt. 1 wraz z innymi dokumentami, o których mowa   
   w ust. 2.
5. Wykonawca w celu potwierdzenia zatrudnienia osoby/osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zobowiązany jest przedstawić Zamawiającemu następujące wskazane poniżej dowody/dowód, w szczególności:
6. odpis skierowania bezrobotnego do pracodawcy wystawionego przez urząd pracy,
7. decyzje o utracie statusu bezrobotnego,
8. oświadczenia Wykonawcy/Podwykonawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy   
   o pracę osoby bezrobotnej, której dotyczy wezwanie Zamawiającego. Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności dokładne określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia oświadczenia, wskazanie że objęte wezwaniem czynności wykonują osoby bezrobotne wraz ze wskazaniem liczby tych osób, umowy oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu Wykonawcy.
9. poświadczonej za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę/ Podwykonawcę kopii umowy o pracę osoby bezrobotnej wykonującej w trackie realizacji umowy czynności, których dotyczy w/w oświadczenie Wykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Dokumenty potwierdzające zatrudnienie powinny zostać zanonimizowane w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO. Informacje takie jak imię, nazwisko zatrudnionego, data zwarcia umowy, rodzaj umowy o pracę, stanowisko lub rodzaj wykonywanych czynności powinny być możliwe do zidentyfikowania.
10. zaświadczenie właściwego oddziału ZUS, potwierdzającego opłacanie przez Wykonawcę składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne z tytułu zawarcia umowy o pracę z bezrobotnym za ostatni okres rozliczeniowy lub oświadczoną   
    za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę kopię dowodu potwierdzającego zgłoszenie pracownika przez pracodawcę do ubezpieczeń, zanonimizowaną   
    w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z RODO. Imię i nazwisko pracownika nie podlega anonimizacji.

**§ 13.**

Wykonawca zobowiązuje się do bieżącego informowania Zamawiającego o wszelkich okolicznościach wpływających na zasadność, formę przyznania usług opiekuńczych, ich zakres i ilość, a także odpłatność za świadczone usługi.

**§ 14.**

1. Wszelkie zmiany umowy - z zastrzeżeniem art. 144 ust. 1- 1 e Prawo zamówień publicznych - wymagają formy aneksu podpisanego przez obie strony - pod rygorem nieważności.
2. Zakazuje się zmian postanowień niniejszej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wybory Wykonawcy, chyba że Zamawiający przewidział możliwość dokonania takiej zmiany w ogłoszeniu o zamówieniu w postaci jednoznacznych postanowień umownych, które określają ich zakres charakter oraz warunki wprowadzenia zmian.
3. Nawiązując do ust. 2 Zamawiający przewiduje możliwość zmiany treści umowy:
4. w przypadku ustawowej zmiany wysokości stawek podatku VAT dotyczącej przedmiotu umowy, podlegają one zmianie od dnia wejścia w życie nowych stawek podatku, przy czym zmianie ulegnie wyłącznie kwota brutto, cena netto pozostaje bez zmian,
5. w przypadku zmniejszenia ilości godzin usług opieki wytchnieniowej wskazanych w ogłoszeniu na usługi społeczne i umowie z przyczyn niezależnych od Zamawiającego (np. z powodu zmiany liczby osób zakwalifikowanych przez MOPS do opieki wytchnieniowej) zmianie ulegnie łączne wynagrodzenie Wykonawcy.

**§ 15.**

Wykonawca oświadcza, że wykonał obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu realizacji zamówienia

**§ 16.**

Zamawiający powierza przetwarzanie danych osobowych, osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w celu realizacji wcześniejszej umowy na warunkach określonych w oddzielnej umowie.

**§ 17.**

W sprawach nie unormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych /Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm./.

**§ 18.**

Spory pomiędzy stronami wynikłe na tle wykonywania niniejszej umowy podlegają rozstrzygnięciu przez sądy powszechne właściwe miejscowo dla Zamawiającego.

**§ 19.**

Umowa została sporządzona w 3-ch jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.

***ZAMAWIAJĄCY: WYKONAWCA:***

Załącznik Nr 1 do umowy Nr ……………….

**Wzór Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

**I. Dane osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej (dot. specjalistycznego poradnictwa):**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..………

**II. Dane opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Telefon:……………………………..

E-mail:……………………………….

**III. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

□ dzienna, miejsce……………………………………. \*

□ całodobowa, miejsce ………………………………….\*

□ specjalistyczne poradnictwo

□ w godzinach ………………………….. □ w dniach ………..…………

**V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności \*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..…………………………………………………………………

(Podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2020:

1. Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:
2. miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
3. ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
4. innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.
5. Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:
6. ośrodku wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,
7. ośrodki/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody
8. miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.

\*\*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

# Załącznik Nr 2 do umowy Nr ……………….

Data założenia: ….........................................

**Karta informacyjna osoby niepełnosprawnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwisko i imię***  ***…………………………………***  ***Tel:***  ***….......................*** | ***Data urodzenia*** | | ***Adres zamieszkania***  ***Ostrowiec Św.***  ***ul. …...........................*** |
| *Dane opiekuna prawnego/faktycznego osoby niepełnosprawnej:*  *córka: ………………*  *wnuk: ………………*  *siostra: ………………* | | |  |
| *Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania (uzyskane na podstawie wypełnionej karty zgłoszenia do Programu):*  …*..….......................................................* | | | |
| *Przychodnia rodzinna/specjalistyczna:* | | | |
| *Informacje uzyskane od lekarza/pielęgniarki wypełniających Kartę oceny stanu dziecka./osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM (załącznik do Programu „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2020*   * 1. *Liczba punktów ……………………………………..….*   2. *Nazwisko lekarza /pielęgniarki…………………….…*   3. *Nazwa przychodni …………………………………….* | | | |
| *Data rozpoczęcia usługi opieki wytchnieniowej: …................* ***r.*** | | *Dzienny/tygodniowy wymiar usługi opieki wytchnieniowej: ….......* ***godziny*** | |

Załącznik Nr 3 do umowy Nr ……………….

Ostrowiec Św. dnia …....................................

(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

**ZAKRES WSPARCIA W RAMACH USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**dla świadczeniobiorcy: …...............................................................................................**

*(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/dziecka niepełnosprawnego)*

**Usługi opiekuńcze** świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują następujący zakres:

1. pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnoprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
2. pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
3. pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
4. pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
5. pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
6. słanie łóżka,
7. karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
8. pomoc przy myciu, kąpaniu,
9. zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
10. układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
11. podawanie basenu, kaczki,
12. zmiana pampersów,
13. zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
14. zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
15. pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
16. podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
17. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
18. uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
19. pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
20. dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
21. w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
22. pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
23. pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
24. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
25. utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
26. wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
27. ułatwianie dostępu do edukacji i kultury

…...................…...........................

Podpis pracownika

……………………………………………

(podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna

Załącznik Nr 4 do umowy Nr ……………….

**Wzór Karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2020**

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr ..............................................................

2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową: ………………………….……………………….…….………..……….

3. Adres: …..…………………………………………………………………………….….…..…......…

4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową ..………………………………..………..

5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od …………………… do …..…………

6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa\*

7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ..………………………………….…….……….….

8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej…………………………………………………….…

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonywania opieki wytchnieniowej** | **Wykonano opiekę wytchnieniową**  **od godz. …**  **do godz. …** | **Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu ……....….. r., wynosi …..…………..… godzin.

………………………………..

Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………..…………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług

**Załącznik Nr 9 do ogłoszenia**

**Klauzula informacyjna z art. 13 RODO w związku z postępowaniem o udzielenie zamówień publicznych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych   
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski, ul. Świętokrzyska 22;

1. Inspektorem ochrony danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej   
   w Ostrowcu Świętokrzyskim jest Pan Grzegorz Stawiarskinr tel. (41) 276 76 35;
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego ;
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, z późn. zm.), dalej „ustawa Pzp”; Regulamin udzielania przez MOPS zamówień publicznych o wartości szacunkowej nie przekraczającej równowartość kwoty 30 tys. EURO;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
5. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
6. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
7. Posiada Pani/Pan:
8. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
9. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\***;
10. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO **\*\***;
11. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
12. nie przysługuje Pani/Panu:
13. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
14. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
15. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

***\* Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania  
o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*

***\*\* Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

**Załącznik Nr 10 do ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane w zakresie wypełnienia obowiązku informacyjnego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) dalej RODO**

Nazwa Wykonawcy ….....................................................................................................................

Adres wykonawcy ….......................................................................................................................

Numer tel.  
…............................................................................................................................

Przystępując do postępowania o zamówienie na usługi społeczne „**Świadczenie w okresie   
od 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski**”

oświadczam co następuje:

„wykonałem obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu realizacji zamówienia.”

…........................(*miejscowość),*dnia …........................... r.

…................….......................................

*(podpis(y) i pieczęć imienna osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik Nr 11 do ogłoszenia**

**Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych D...............................2020**

(zwana dalej „Umową”)

zawarta w dniu ….................. 2020 r. w Ostrowcu Świętokrzyskim pomiędzy **Gminą Ostrowiec Świętokrzyski - Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim** ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Św., NIP: 661-000-39-45 reprezentowaną na mocy upoważnienia Prezydenta Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego Nr V/315/2019 z dnia 17 czerwca 2019 r. i Nr IV/251/2016 z dnia maja 2016 r. (z późn. zm.) przez mgr Magdalenę Salwerowicz - Dyrektora, zwaną dalej **,,Administratorem danych lub Administratorem”**

a

…..................................................................................................................................................., zwanym dalej **,,Podmiotem przetwarzającym”**

Strony oświadczają, iż niniejsza Umowa Powierzenia została zawarta w celu wykonania obowiązków, o których mowa w art. 28 RODO w związku z zawarciem Umowy D.................2020   
z dnia …........................ 2020 r. (*zwaną w dalszej części Umową główną).*

**§ 1**

**Powierzenie przetwarzania danych osobowych**

1. Administrator danych powierza przetwarzanie danych Podmiotowi przetwarzającemu, w trybie art. 28  rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego w dalszej części „Rozporządzeniem”) oraz zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.
3. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi Rozporządzenia.

**§ 2**

**Zakres i cel przetwarzania danych**

1. Podmiot przetwarzający będzie przetwarzał, powierzone na podstawie umowy dane podopiecznych Administratora danych w postaciimion i nazwisk, adresu zamieszkania, daty urodzenia, stanu cywilnego, stanu rodzinnego, źródła dochodów, informacji o stanie zdrowia, imion i nazwisk osób wyznaczonych przez podopiecznych do kontaktu, danych lekarza rodzinnego.
2. Powierzone przez Administratora danych dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w celu realizacji Umowy Głównej w zakresie codziennego świadczenia w okresie od 1 sierpnia 2020 r. do 31 grudnia 2020r. usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski.

**§ 3**

**Obowiązki podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych   
   i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.
4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy  
   (o której mowa w art. 28 ust 3 pkt b Rozporządzenia) przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu.
5. Podmiot przetwarzający po zakończeniu świadczenia usług związanych  
   z przetwarzaniem usuwa wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że przepisy obowiązujące nakazują przechowywanie danych osobowych.
6. W miarę możliwości Podmiot przetwarzający pomaga Administratorowi  
   w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia.
7. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Administratorowi w ciągu 24 godzin.

**§ 4**

**Prawo kontroli**

1. Administrator danych zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli, czy środki zastosowane przez Podmiot przetwarzający przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy.
2. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum siedmiodniowym jego uprzedzeniem.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Administratora danych nie dłuższym niż 7 dni.
4. Podmiot przetwarzający udostępnia Administratorowi wszelkie informacje niezbędne  
   do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.

**§ 5**

**Odpowiedzialność Podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Administratora danych o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych określonych   
   w umowie, o jakiejkolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania   
   w Podmiocie przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.

**§ 6**

**Czas obowiązywania umowy**

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia 01.08.2020 r. do 31.12.2020 r.

**§ 7**

**Rozwiązanie umowy**

Administrator danych może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym gdy:

1. podmiot przetwarzający pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie,
2. podmiot przetwarzający przetwarza dane osobowe w sposób niezgodny z umową,
3. podmiot przetwarzający powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody Administratora danych,
4. rozwiązaniu ulegnie Umowa główna.

**§ 8**

**Zasady zachowania poufności**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Administratora danych i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej („dane poufne”).
2. Podmiot przetwarzający oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Administratora danych w innym celu niż wykonanie Umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub Umowy.

**§ 9**

**Postanowienia końcowe**

1. Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Administratora danych, jeden dla Podmiotu przetwarzającego.
2. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie będą miały przepisy Kodeksu cywilnego oraz Rozporządzenia.
3. Sądem właściwym dla rozpatrzenia sporów wynikających z niniejszej umowy będzie sąd właściwy Administratora danych.