

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia usługi opieki wytchnieniowej.**

1. **Przedmiotem zamówienia jest:** świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej tj. bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, osobami dorosłymi, których niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, zamieszkałymi na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski realizowanych na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2023, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego przyjętego do realizacji Uchwałą Nr LXXV/3/2023 Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego z dnia 19 stycznia 2023 r., w sprawie realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023. Usługi świadczone będą w okresie od **dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2023 r., w każdy dzień tygodnia, w tym w święta od godziny 6:00 do godziny 22:00** w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Maksymalna długość świadczenia usługi nieprzerwanego pobytu dziennego dla jednej osoby niepełnosprawnej wynosi 12 godzin w ciągu doby w godzinach: od godziny 6:00 do godziny 22:00.

Za jedną godzinę świadczenia usługi dla Uczestnika Programu przyjmuje się czas 60 minut. Limit usług opieki wytchnieniowej przypadających na jednego uczestnika wynosi nie więcej niż 240 godzin w ramach pobytu dziennego. Limit ten dotyczy godzin usług opieki wytchnieniowej świadczonych w ramach **wszystkich** programów Ministra w zakresie usług opieki wytchnieniowej. Limit ten dotyczy również więcej niż jednego opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad jedną osobą niepełnosprawną oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej. Usługi opieki wytchnieniowej dla opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą niepełnosprawną muszą być realizowane w tym samym czasie, z zastrzeżeniem zapewnienia indywidualnego wsparcia.

Zgodnie z Programem „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023 koszty związane z realizacją usług opieki wytchnieniowej finansowane z Programu w ramach pobytu dziennego, nie mogą przekroczyć kwoty 40,00 zł brutto za godzinę wynagrodzenia osoby sprawującej

opiekę (opiekuna) nad osobą niepełnosprawną w miejscu zamieszkania.

Przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracy. Przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń brutto oraz składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych poniesionych przez zatrudniającego. Nie jest dopuszczalne pokrywanie przez Wykonawcę z tej kwoty kosztów administracyjnych związanych z realizacją przez Niego usługi.

Wynagrodzenie wykonawcy za jedną godzinę usługi opieki wytchnieniowej, poza kosztem jednej godziny zegarowej wynagrodzenia opiekuna, obejmujące koszty obsługi księgowej, kadrowej lub administracyjnej nie może przekroczyć 2 % brutto stawki wynagrodzenia opiekuna wraz z kosztami pracy.

W przypadku realizacji usług opieki wytchnieniowej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej kwota dofinansowania przysługuje na drugą i kolejną osobę niepełnosprawną w wysokości do 50% kwoty za jedną godzinę wynagrodzenia. Wykonawca zobowiązany jest realizować usługę zgodnie z Programem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2023

2. Przewidywana liczba godzin usług do wykonania w okresie: **od dnia podpisania umowy do 31.12.2023 r. dla:**

- osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz z orzeczeniami traktowanymi na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności – **9 600,**
- nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności - **2 400.**

**łącznie przewidywana liczba godzin wynosi: 12 000**

3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość:

- 1) zrealizowania mniejszej ilości godzin z przyczyn od niego niezależnych (np. zmniejszenie ilości osób korzystających z usługi opieki wytchnieniowej)
- 2) przesunięcia ilości godzin między poszczególnymi grupami osób niepełnosprawnych, pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia ustalonego w umowie,
- 3) ograniczenia zamówienia do 70% wielkości zamówienia,
- 4) ograniczenia wynagrodzenia (zamówienia), w przypadku gdy uczestnik Programu, skorzysta z możliwości wskazania osoby, która będzie świadczyć dla niego usługę opieki

wytchnieniowej.

4. Rodzaj, zakres godzinowy, zakres wsparcia (załącznik nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia), będzie indywidualnie ustalany dla każdej osoby niepełnosprawnej z uwzględnieniem m.in. stopnia, rodzaju niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej i potrzeb członków rodziny i opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem/osobą niepełnosprawną
5. Usługi przyznawane będą decyzją administracyjną wydaną przez MOPS. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy drogą elektroniczną z adresu/ów e-mail: mcichonska@mopsostrowiec.pl, jbakalarska@mopsostrowiec.pl, eruszkiewicz@mopsostrowiec.pl, biuro@mopsostrowiec.pl, na jego adres poczty elektronicznej jeden egzemplarz skanu decyzji w formacie pdf wraz z Kartą zgłoszenia (załącznik nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia), zakresem wsparcia ustalonym z Uczestnikiem Programu (załącznik nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia). Przesyłane pliki będą zabezpieczone hasłem, które będzie przekazywane drogą telefoniczną. Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym w decyzji administracyjnej wymiarem i zakresem czynności. W sytuacjach pilnych i braku możliwości przesłania decyzji wraz z kartą zgłoszenia dane osobowe i adresowe podopiecznego oraz wymiar i zakres usług zostaną przekazane telefonicznie. W uzasadnionych przypadkach może nastąpić zmiana ilości godzin świadczonych usług u podopiecznego na inną niż w decyzji. Potwierdzeniem powyższego faktu będzie wydana decyzja zmieniająca, którą otrzyma Wykonawca. W przypadku zmiany zakresu czynności ustalonego z podopiecznym, z uwagi na zmianę wymiaru usług, Zamawiający niezwłocznie przekaże telefonicznie bądź w inny sposób, aktualny zakres.

W przypadkach nagłych, Wykonawca może świadczyć usługi opieki wytchnieniowej przed otrzymaniem decyzji, lecz po uprzednim uzgodnieniu tej możliwości z MOPS telefonicznie, bądź w inny sposób.

6. 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 osobę bezrobotną**, co oznacza osobę spełniającą przesłanki art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 z późn. zm.). Sposób oceny wpływu posiadania statusu bezrobotnego

na ocenę oferty zawarty jest w rozdziale XX SWZ 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 okres realizacji umowy, a osoba ta powinna bezpośrednio uczestniczyć w realizacji umowy. Zatrudnienie osoby bezrobotnej realizującej zamówienie nie powinno nastąpić później niż 30 dnia od dnia 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) poświadczoną za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę/Podwykonawcę kopii umowy o pracę osoby bezrobotnej wykonującej w trakcie 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 oraz Dz. Urz. UE.L Nr 17 z 23.05.2018 str. 2) zwanym 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 30 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. 30 dni od dnia zawarcia umowy i gdy 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 (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. 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 minimum ½ etatu (min. 4 godzin na dobę).**

Wymagania dotyczące zatrudnienia zostały określone w § 13 wzoru umowy.

**7. Wykonawca zobowiązany jest do:**

- a) **dokonania kontaktu** (osobistego, telefonicznego) z Uczestnikiem Programu, niezwłocznie po otrzymaniu „Karty zgłoszenia” w celu ustalenia dziennego i godzinowego wymiaru świadczonej usługi z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej. Wykonawca ma obowiązek wpisać

- ustalony wymiar godzin do „Karty zgłoszenia”,
- b) przekazywania comiesięcznego harmonogramu pracy opiekunek u poszczególnych podopiecznych ze wskazaniem godziny świadczenia usługi, nie później niż do 2 - go dnia roboczego następnego miesiąca oraz w przypadku zmiany wymiaru godzin u danej osoby niepełnosprawnej,
  - c) **niezwłocznego każdorazowego** (w ciągu dwóch godzin), informowania Zamawiającego o wstrzymaniu usług opieki wytchnieniowej u osoby niepełnosprawnej, z powodu hospitalizacji, pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, zgonu lub innych zdarzeń. W przypadku wstrzymania świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, Wykonawca nie może żądać zapłaty za ten okres. W przypadku czasowego opuszczenia miejsca zamieszkania przez osobę niepełnosprawną, Wykonawca zobowiązany jest do monitorowania jego sytuacji, aż do chwili jego powrotu do miejsca zamieszkania, celem wznowienia usługi. Wykonawca ma obowiązek przekazać informację Zamawiającemu o wznowieniu usług opieki wytchnieniowej, najpóźniej w dniu jej wznowienia,
  - d) **wykorzystania** przez każdego Uczestnika Programu przyznanego mu limitu godzin usługi opieki wytchnieniowej najpóźniej do dnia 31.12.2023 r.,
  - e) **indywidualnego ustalania** z Uczestnikami Programu zmiany wymiaru dziennego i godzinowego świadczenia usług opieki wytchnieniowej, na podstawie pisemnego wniosku Uczestnika Programu,
  - f) **každorazowego informowania** (również w przypadku zmiany opiekunki) Uczestnika Programu o osobie świadczącej usługę ze wskazaniem imienia i nazwiska, a nadto w przypadku zmiany osoby świadczącej usługę również o ewentualnej zmianie godzin świadczenia usług, w przypadku wystąpienia,
  - g) **planowania i nadzorowania pracy** opiekunów świadczących usługę opieki wytchnieniowej, ciągły nadzór nad realizacją jakości usługi opieki wytchnieniowej w terenie oraz sporządzanie comiesięcznego sprawozdania (załącznik nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia) godzin zrealizowanych usług, dokonanego na podstawie comiesięcznego rozliczenia realizacji usługi opieki wytchnieniowej u poszczególnych osób według „Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023”, zwanej „Kartą rozliczenia” (załącznik nr 2 do opisu przedmiotu zamówienia),
  - h) **dokonywania wizyt kontrolnych** u każdej osoby niepełnosprawnej, nie rzadziej niż raz

na 2 miesiące oraz sporządzania z tych wizyt notatek służbowych w zakresie rozeznania m.in., jakości świadczenia usług, przechowywania w teczkach osobowych świadczeniobiorcy sporządzonych notatek.

Wykonawca będzie instruował opiekunów w sposób szczegółowy o obowiązujących ich zakresach czynności, poświadczając to odebraniem stosownego oświadczenia o dokonanych instruktażu. Wykonawca, będzie organizował comiesięczne spotkania wszystkich opiekunów o ustalonej godzinie, celem przekazania druku „kart rozliczenia 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.

Wykonawca wskaże numer telefonu do kontaktów z Zamawiającym, w celu właściwej realizacji przedmiotu zamówienia.

**8. Zamawiający wymaga zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej przez Wykonawcę lub Podwykonawcę co najmniej 8 opiekunów:**

- a) osób posiadających dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z „Kart zgłoszenia”),
- b) osób posiadających, co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. Posiadanie doświadczenia, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym. Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne ale również umowy o pracę.

Ponadto opiekunowie świadczący usługę opieki wytchnieniowej będą zdolni do wykonywania czynności fizycznych w zakresie opieki nad osobami z niepełnosprawnością z tytułu wieku, choroby i innych przyczyn, które wymagają pomocy innych osób oraz każdy opiekun będzie



posiadał aktualne badania do celów sanitarno – epidemiologicznych.

9. **Wykonawca zobowiązany** będzie do wyposażenia wszystkich opiekunów świadczących usługę w imienne identyfikatory. Identyfikator będzie zawierał takie dane jak: imię i nazwisko pracownika, jego zdjęcie, zajmowane stanowisko, nazwę pracodawcy. Identyfikator winien być zalaminowany. Ponadto, Wykonawca zobliguje pracowników do każdorazowego posiadania identyfikatora podczas realizacji usługi opieki wytchnieniowej.

10. **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 lub pisemnie przekazuje ustalony zakres wsparcia oraz istotne informacje niezbędne do świadczenia usługi.

11. **Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji:**

- 1) miesięcznych „Kart rozliczenia” usług opieki wytchnieniowej dla każdego Uczestnika Programu, odbieranie od Uczestników Programu pisemnych oświadczeń w zakresie potrzeby zmiany wymiaru usługi oraz ich przechowywanie,
- 2) 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,
- 3) teczek osobowych dla każdej osoby niepełnosprawnej, w których zawarte będą: skan zakresu wsparcia świadczonej usługi opieki wytchnieniowej, skan karty zgłoszenia, informacje o czasowym nieświadczeniu usług opieki wytchnieniowej, skan decyzji administracyjnej, notatki służbowe sporządzane po każdej wizycie w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu,
- 4) rejestru wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania Uczestnika Programu,
- 5) protokołów z comiesięcznych zebrań z pracownikami, wraz z listą obecności osób uczestniczących w spotkaniach,
- 6) comiesięcznego sprawozdania z realizacji godzin usług opieki wytchnieniowej

(załącznik nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia).

12. Wykonawca zobowiązany jest do:

- a) informowania, że zadanie publiczne jest finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra. Informacja na ten temat powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, w mediach społecznościowych, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego. Wykonawca zobowiązany jest do oznaczania profili prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w podejmowanych działaniach informacyjnych i promocyjnych w mediach społecznościowych.
- b) umieszczenie logo Ministra na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego zadania publicznego oraz zakupionych środkach trwałych, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.
- c) podejmowania działań informacyjnych dotyczących finansowania zadania ze środków Funduszu przyznanych w ramach Programu, zgodnie z art. 35a ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 maja 2021 r. w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 953, z późn. zm.). W szczególności, Wykonawca przy podejmowaniu działań informacyjnych używa wzorów plakatów informacyjnych, określonych w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia.

Edytowalne pliki cyfrowe plakatów informacyjnych udostępnione są na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów pod adresem <https://www.gov.pl/web/premier/dzialania-informacyjne>.

13. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie spełnienia przez Wykonawcę warunków wymogu klauzul społecznych tj. zatrudnienia osoby bezrobotnej oraz w zakresie jakości, rzetelności, efektywności realizacji zadania, stanu realizacji i sposobu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, prawidłowości prowadzonej dokumentacji w tym w zakresie wysokości godzinowego wynagrodzenia pracowników świadczących usługę opieki wytchnieniowej a także dokumentacji pracowniczej osób zatrudnionych do realizacji umowy, na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, dokumentacji potwierdzającej kwalifikacje oraz doświadczenie tych osób.

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.

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

.....  
(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

Ostrowiec Św. dnia .....

### **Zakres wsparcia w Ramach usługi opieki wytchnieniowej**

**dla świadczeniobiorcy:** .....

*(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością /dziecka z niepełnosprawnością)*

**Usługi opiekuńcze świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują w szczególności 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) stanie 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, pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
- 23) pomoc w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
- 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)

## Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

**I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

**III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

1) Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*

2) Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....

3) Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....

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
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

- 4) Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
  - a) dziennej wynosi ..... godzin,
  - b) całodobowej wynosi .....dni,
- 5) Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....  
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

**\*Należy podkreślić realizowaną formę usług**

Załącznik Nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia  
**Miesięczne sprawozdanie z realizacji godzin usług opieki wytchnieniowej**  
w miesiącu ..... 2023 r.

Lp.	Nazwisko i imię	Adres zamieszkania-podopiecznego - Ostrowiec Św.	Liczba godzin świadczonych usług opieki wytchnieniowej		Zawieszenia usług opieki wytchnieniowej	
			dni robocze	święteczne	data	ilość godzin
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.						
		<b>RAZEM</b>				
			<i>godzin usług podstawowych</i>	<i>godzin usług podstawowych świątecznych</i>		<b>SUMA</b>



**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023**

**I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej sprawującego bezpośrednią opiekę):**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Rodzaj niepełnosprawności:

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa) ,
- 2) dysfunkcja narządu wzroku ,
- 3) zaburzenia psychiczne ,
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

- 1) czynności samoobsługowe **Tak****/Nie**
- 2) czynności pielęgnacyjne **Tak****/Nie**
- 3) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełniania ról społecznych  
**Tak****/Nie**
- 4) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak****/Nie**

5) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem

Tak /Nie

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....  
.....

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

- dzienna, miejsce.....\*
- całodobowa, miejsce .....\*
- w godzinach .....
- w dniach .....

**IV. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*\*
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu nie będą 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 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie

do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* w innym Programie resortowym Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami. W ramach innego Programu przyznano mi ..... (wpisać liczbę godzin) godzin opieki wytchnieniowej.

**V. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 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.L.2016.119, str. 1 oraz Dz. Urz. UE.L Nr 17 z 23.05.2018 str. 2), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel. 41 276 76 00, którego reprezentantem jest Dyrektor Ośrodka.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych. Nr tel. IODO 41 276 76 35, adres e-mail: biuro@mopsostrowiec.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO wyłącznie w celu realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność. Dane osobowe mogą być udostępniane również podmiotom zewnętrznym uprawnionym do ich przetwarzania na podstawie pisemnej umowy powierzenia danych osobowych zawartej przez Administratora w celu realizacji Programu.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich. Pod pojęciem państw trzecich rozumie się wszystkie kraje, które nie są państwami członkowskimi Unii Europejskiej.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres nie dłuższy niż do zrealizowania Pani/a obowiązku wynikającego z realizacji celu ich zbierania i zostaną trwale usunięte po osiągnięciu celu.
7. Zgodnie z RODO ma Pani/Pan w stosunku do swoich danych osobowych prawo do: dostępu, sprostowania, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia do innych podmiotów, uzyskania kopii danych osobowych.

8. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Miejscowość ....., data .....

.....  
Podpis osoby opiekuna prawnego lub  
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 2023:

- 1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodka wsparcia, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały, Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM);
- 2) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, ośrodka/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu, domu pomocy społecznej na podstawie przyjętej przez gminę lub powiat uchwały lub Centrum Opiekuńczo Mieszkalnym (COM).

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

\*\*\* odpowiednie skreślić