Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Bochnia, dn. 16.08.2021r.

tel.14/15-39-10, tel./fax 14/615-39-20

NIP 868-160-04-31 Regon 850019151

**ZAPYTANIE O CENĘ**

Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bochni zaprasza do złożenia propozycji na wykonanie ~~dostawy/~~**usługi\***~~/roboty budowlanej~~, której wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 130 000 złotych, wyłączonej ze stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 tej ustawy.

1. **Określenie przedmiotu zamówienia:**

**Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej, o której mowa w programie „Opieka wytchnieniowa – edycja 2021”**

Usługi opieki wytchnieniowej mają być świadczone na rzecz dwóch osób niepełnoprawnych (jednej osoby dorosłej i jednego dziecka), zamieszkujących ze swoimi rodzinami, w szczególności dla:

- osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, osób o obniżonej sprawności narządu ruchu – osób leżących, poruszających się na wózku inwalidzkim; osób w ograniczonym zakresie komunikujących swoje potrzeby;

w zakresie:

w ilości 20 godzin miesięcznie dla jednej osoby niepełnosprawnej, w terminach i godzinach uzgodnionych z rodziną osoby niepełnosprawnej w taki sposób aby jej opiekun (np. rodzic) mógł w tym czasie odpocząć, wyjść z domu.

Usługi mają być świadczone w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej na terenie miasta Bochnia. Wynagrodzenie nie obejmuje kosztów dojazdu.

Do obowiązków osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej należy: pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych, w tym czynności związane z utrzymaniem higieny podopiecznego; zagospodarowaniem czasu wolnego podopiecznego zgodnie z jego możliwościami i preferencjami; towarzyszenie. **W ramach usługi nie są świadczone zabiegi medyczne, rehabilitacyjne itp.**

2. Kod CPV: **85312400-3**

3. Termin realizacji zamówienia: **od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2021 r.**

Zamawiający szacuje, że w całym okresie realizacji zamówienia łączna liczba usług wyniesie **ok. 80 godzin dla jednaj rodziny.** Liczba godzin może ulec zmianie i nie można jej określić dokładnie ze względu na specyfikę zamówienia, którą cechuje zmienność potrzeb z uwagi na zmieniający się stan zdrowia i sytuację życiową rodzin wymagających pomocy.

Zamawiający w stosunku do ilości w/w godzin usług zastrzega, że w przypadku gdy ilość wykonanych godzin będzie mniejsza, Zamawiający zapłaci Wykonawcy za faktyczną liczbę wykonanych godzin. Dopuszcza się możliwość realizacji w ciągu roku dodatkowych godzin usług, w sytuacji gdy po stronie Zamawiającego wystąpią takie potrzeby.

W przypadku, gdy środki przeznaczone na realizację zamówienia zostaną wyczerpane wcześniej niż termin wykonania umowy, nastąpi przedterminowe jej wygaśnięcie.

4. Kryteria wyboru: **najkorzystniejsza cena i odpowiednie kwalifikacje.**

O zamówienie mogą ubiegać się osoby spełniające wymagania wynikające **z Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2021”, tj. w szczególności następujące warunki:**

1. Posiadanie kwalifikacji do wykonywania jednego z zawodów:

- asystent osoby niepełnosprawnej/opiekun medyczny

- pielęgniarka

- terapeuta zajęciowy

- logopeda

- pedagog

- psycholog

- pracownik socjalny

- fizjoterapeuta

 **b)** Co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu pomocy, opieki na rzecz osób niepełnosprawnych

 **c)** Przed podpisaniem umowy konieczne będzie przedłożenie dokumentów potwierdzających spełnienie wymagań, o których mowa w lit. a i b.

Zamówienie ma charakter szczególny, ponieważ dotyczy wykonywania usług opieki wytchnieniowej na rzecz osób dotkniętych chorobą i niepełnosprawnością uniemożliwiającą samodzielne funkcjonowanie. W związku z powyższym niezwykle istotna jest fachowość i doświadczenie dotychczas zdobyte w realizacji podobnych zadań.

5. Propozycja musi być złożona przez osobę fizyczną lub osobę upoważnioną do reprezentowania firmy na zewnątrz.

6. Propozycja powinna zawierać :

- dane teleadresowe;

- datę sporządzenia i datę ważności propozycji;

-**cenę brutto jednej godziny świadczenia usług opieki wytchnieniowej;**

- powinna być sporządzona na formularzu załączonym do zapytania o cenę;

- powinna zawierać życiorys zawodowy (CV).

7. Propozycję cenową należy przesłać:

**pocztą\***/ **osobiście** \*: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bochni, ul. Kolejowa 14 **elektronicznie**\* na adres: mops@mopsbochnia.pl ~~telefonicznie~~ **do dnia 20.08.2021r. do godz. 10:00.**

8. Osobą upoważnioną do kontaktu ze strony MOPS w Bochni jest:

Joanna Pradel, tel. 14 615-39-10

9. Przedmiotowe zapytanie nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 K.C., ani nie jest ogłoszeniem o zamówieniu w rozumieniu ustawy z 11 września 2019 r. – Prawo Zamówień Publicznych. Ma ono na celu rozeznanie cenowe rynku firm oraz uzyskanie wiedzy na temat kosztów związanych z planowanym zamówieniem.

10. Odrzuceniu podlega propozycja nie spełniająca wymagań określonych w zapytaniu o cenę.

11. Zamówienie zostanie udzielone Wykonawcy/ Wykonawcom, których propozycja odpowiada wymaganiom przedstawionym w zapytaniu o cenę i będzie najkorzystniejsza w ocenie dokonanej na podstawie kryteriów określonych w pkt 4. W przypadku ofert o podobnych cenach pod uwagę brane będzie doświadczenie zawodowe oferenta.

12. Informacje o wyniku postępowania będą udzielane na wniosek podmiotów, które złożyły swoją propozycję.

13. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się unieważnienie postępowania.

\* zaznaczyć odpowiednio

 Kierownik Działu

 Świadczeń Pomocy Społecznej

 mgr Małgorzata Moskalik

 16.08.2021 r.

 ……………………………………………………….

 (Data i podpis Kierownika Działu)

 Miejscowość, dnia: ………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**I. Dane dotyczące Wykonawcy:**

Imię i nazwisko/ nazwa firmy:

Adres zamieszkania/siedziby firmy:

Adres email:

Numer telefonu:

Termin ważności oferty:

**II. Zobowiązania Wykonawcy:**

Nawiązując do zapytania o cenę dotyczącego świadczenia usług opieki wytchnieniowej przez osobę posiadającą odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje oferuję wykonanie usługi opieki wytchnieniowej za cenę jednej godziny (60 min.) w kwocie:…......................... zł brutto (słownie: ).

* Oświadczam, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
* Oświadczam, że posiadam wiedzę, kwalifikacje, doświadczenie niezbędne do wykonywania usługi opieki wytchnieniowej dla osób niepełnosprawnych.
* Oświadczam, że korzystam w pełni z praw publicznych i nie byłem karany/nie byłam karana za przestępstwa popełnione umyślnie.
* Dane osobowe zawarte w niniejszym formularzu podlegają ochronie 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 „RODO") oraz Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2019 r. poz.1781).

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

(data i podpis)