



PCPR.272.1.2020

Ożarów Mazowiecki, dnia 8 lipca 2020 r.

Zamawiający:

**Powiat Warszawski Zachodni**

ul. Poznańska 129/133

05-850 Ożarów Mazowiecki

reprezentowany przez:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**w Powiecie Warszawskim Zachodnim**

ul. Poznańska 131A

05-850 Ożarów Mazowiecki

### Rozeznanie rynku

*Szanowni Państwo,*

Na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm.) **zapraszamy do składania ofert na usługę opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki**, w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

#### Kod CPV:

1. 85000000-9 - usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej
2. 85121200-5 – specjalistyczne usługi medyczne

#### 1. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiot zamówienia obejmuje czynności polegające na zrealizowaniu **usługi opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami niepełnosprawnymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniami równoważnymi, możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki**, której celem jest podniesienie poziomu kompetencji dotyczących wsparcia osoby niepełnosprawnej za sprawą nauki technik wspomagania, pielęgnacji, prowadzenia działań rehabilitacyjnych w warunkach domowych oraz społecznych aspektów, w tym zagadnienia profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia.

Wsparciem zostanie objętych 15 rodzin z dziećmi/osobami niepełnosprawnymi. Dla każdej rodziny przewiduje się po 40 godzin zegarowych poradnictwa/nauki, przy czym ilość godzin poszczególnych porad/nauki będzie ustalana z adresatami programu, w zależności od potrzeb wskazanych w Karcie zgłoszenia do programu. W związku z powyższym nie ma możliwości określenia ilości godzin poszczególnych porad/nauki, dlatego też Wykonawca musi dysponować odpowiednią kadrą do zrealizowania usługi w całości.

**Łączna liczba godzin usługi wynosi 600 godzin zegarowych.** Wykonawca rozlicza usługę poprzez wypełnienie Karty rozliczenia usług opieki wytchnieniowej stanowiącej Załącznik nr 2 do Rozeznania rynku.



Usługi opieki wytchnieniowej będą przeprowadzane w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej/niepełnosprawnej. Dokładny harmonogram określający dni i godziny usługi będzie ustalany w trakcie realizacji zamówienia pomiędzy Wykonawcą a odbiorcą usługi.

Wykonawca zapewni kadre posiadającą odpowiednią wiedzę i doświadczenie, w tym:

- 1 trenera prowadzącego zajęcia z zakresu poradnictwa psychologicznego i/lub terapeutycznego, posiadającego wykształcenie wyższe psychologiczne i/lub pedagogiczne oraz minimum 5 letnie doświadczenie w pracy osobami niepełnosprawnymi i/lub ich rodzinami/opiekunami.
- 1 trenera prowadzącego zajęcia z zakresu nauki pielęgnacji, posiadającego wykształcenie wyższe kierunkowe oraz minimum 5 letnie doświadczenie w pracy osobami niepełnosprawnymi i/lub ich rodzinami/opiekunami.
- 1 trenera prowadzącego zajęcia z zakresu nauki rehabilitacji, posiadającego wykształcenie wyższe z zakresu fizjoterapii oraz minimum 5 letnie doświadczenie w pracy, w tym z osobami niepełnosprawnymi i/lub ich rodzinami/opiekunami.
- 1 trenera prowadzącego zajęcia z zakresu nauki dietetyki, posiadającego wykształcenie wyższe oraz minimum 5 letnie doświadczenie w zakresie poradnictwa dietetycznego. Osoba prowadząca poradnictwo musi wykazać się doświadczeniem w pracy z osobami niepełnosprawnymi i/lub ich rodzinami/opiekunami, poprzez np. prowadzenie szkoleń/warsztatów z zakresu poradnictwa dietetycznego/profilaktyki zdrowotnej/zdrowego stylu życia.

W związku z wprowadzeniem szczególnych rozwiązań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Koronawirusa - SARS-CoV-2 Wykonawca zapewni środki ochrony osobistej dla kadry realizującej usługi opieki wytchnieniowej.

Koszty dojazdu do miejsca wykonywania usługi tj. miejsca zamieszkania adresata programu, ponosi Wykonawca.

## 2. Termin realizacji zamówienia

Termin realizacji zamówienia: od miesiąca lipca 2020 r. do dnia 15 grudnia 2020 r. – Wykonawca zobowiązuje się ustalając terminy przeprowadzenia poradnictwa reagować na zapotrzebowanie Zamawiającego.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmian rozpoczęcia lub zakończenia realizacji zamówienia jeżeli występują przyczyny od niego niezależne, nie znane w chwili publikowania rozeznania rynku.

## 3. Miejsce realizacji zamówienia

Teren Powiatu Warszawskiego Zachodniego.

## 4. Kryteria oceny ofert:

Oferty będą oceniane punktowo. Punkty będą liczone wg wzoru:

najniższa cena oferty

$Cof = \frac{\text{cena oferty badanej}}{\text{najniższa cena oferty}} \times 100 \text{ pkt}$

cena oferty badanej

Za najkorzystniejszą ofertę uznana zostanie oferta z największą liczbą punktów.

Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.



## 5. Warunki udziału w postępowaniu:

- a. Przygotowanie oferty zgodnie z Załącznikiem nr 1 do rozeznania rynku.
- b. Oferta powinna być sporządzona czytelnie, w języku polskim oraz podpisana przez osobę upoważnioną.
- c. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
- d. W postępowaniu mogą brać udział Wykonawcy, którzy posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności. Zamawiający uzna warunek posiadania wiedzy i doświadczenia za spełniony oceniając treść wypełnionego Załącznika nr 2 do oferty Wykonawcy.
- e. Pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystanie z pełni praw, niekaralność za przestępstwa popełnione umyślnie, Zamawiający uzna warunek za spełniony oceniając treść wypełnionego Załącznika nr 3 do oferty Wykonawcy.
- f. W postępowaniu mogą brać udział Wykonawcy, którzy zapewnią kadre posiadają wiedzę i doświadczenie w zakresie działalności będącej przedmiotem zamówienia. Zamawiający uzna warunek za spełniony oceniając treść wypełnionego Załącznika nr 1 do oferty Wykonawcy.

## 6. Ceny podane w ofercie winny być wyrażone cyfrą i słownie.

## 7. Cena powinna obejmować całość zamówienia.

## 8. Ofertę należy złożyć:

- drogą elektroniczną: [agnieszka.wojcik@pwz.pl](mailto:agnieszka.wojcik@pwz.pl) w temacie wiadomości wpisując „Opieka wytchnieniowa”  
lub
- za pomocą poczty na adres:  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim  
ul. Poznańska 131A  
05-850 Ożarów Mazowiecki  
w zaklejonej kopercie opatrzonej napisem „Opieka wytchnieniowa”,  
lub
- osobiście w siedzibie PCPR w pokoju nr 222, w zaklejonej kopercie opatrzonej napisem „Opieka wytchnieniowa” w godzinach pracy Centrum tj.:  
poniedziałek 9:00 – 17:00,  
wtorek – piątek 8:00 – 16:00

**Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 15 lipca 2020 r., do godz. 15:00.**

Liczy się termin wpływu oferty do Siedziby Zamawiającego.

Oferty złożone po terminie lub bez kompletu wymaganych dokumentów nie będą rozpatrywane.

## 9. Osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcami jest:

Pani Agnieszka Wójcik, tel. (22) 733 72 54 , email: [agnieszka.wojcik@pwz.pl](mailto:agnieszka.wojcik@pwz.pl)

## 10. Warunki płatności:

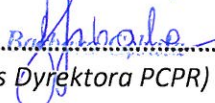
Wynagrodzenie będzie płatne po wykonaniu usługi, przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 14 dni od dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury Zamawiającemu.

Podstawą do wystawienia przez Wykonawcę faktury będzie protokół odbioru podpisany przez Zamawiającego i Wykonawcę oraz potwierdzenie realizacji godzinowej usługi. Możliwe będą, po uzgodnieniu stron, inne warunki płatności, jeśli będą one zgodne lub wymagane przez przepisy obowiązującego prawa.



Niniejsze rozeznanie rynku nie stanowi zobowiązania z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim do zawarcia umowy. Zamawiający zastrzega możliwość zakończenia postępowania bez wyboru oferty i podpisania umowy.

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

  
.....  
(podpis Dyrektora PCPR)

Do rozeznania rynku należą załączniki:

Załącznik nr 1 do Rozeznania rynku - Oferta wykonawcy

Załącznik nr 2 do Rozeznania rynku - Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej



Załącznik nr 1 do Rozesznania rynku

....., dnia .....

**OFERTA WYKONAWCY**

Zamawiający:

**Powiat Warszawski Zachodni**  
ul. Poznańska 129/133  
05-850 Ożarów Mazowiecki  
reprezentowany przez:  
**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**  
**w Powiecie Warszawskim Zachodnim**  
ul. Poznańska 131A  
05-850 Ożarów Mazowiecki

**Wykonawca:**

Nazwa (firma).....  
Siedziba.....  
Nr telefonu, mail .....

Adres.....  
Nr NIP.....

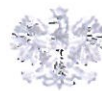
W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w rozeznaniu rynku dotyczącego **usługi opieki wytchnieniowej w formie specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki**, w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020 Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego,

składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:  
Brutto: ..... zł  
(słownie: ..... zł)
2. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne dla realizacji zamówienia.
3. Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia w terminie .....
4. Zobowiązuję się do zapewnienia kadry wykonującej usługi środków ochrony osobistej (tj. rękawiczek, maseczek jednorazowych, płynów dezynfekujących)
5. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
6. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia na okres - .....
7. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności w rozliczeniach z Zamawiającym.
8. Do oferty załączam następujące dokumenty stanowiące integralną część oferty:
  - 1) Załącznik nr 1 do oferty wykonawcy – Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia
  - 2) Załącznik nr 2 do oferty wykonawcy – Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
  - 3) Załącznik nr 3 do oferty wykonawcy - Oświadczenie o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślnie przestępstwo skarbowe oraz o korzystaniu z pełni praw publicznych i posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych.
  - 4) .....

....., dn. ....

.....  
(Podpis i pieczęć Wykonawcy)



**Załącznik nr 2 do Rozesznania rynku**

**Załącznik nr 9 do Programu  
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

Wzór

**Karta 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.				

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 1 do Oferty Wykonawcy**

.....  
*pieczęć Wykonawcy*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

*Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia, wypełniony zgodnie z warunkiem opisanym w zapytaniu ofertowym.*

Lp.	Imię i nazwisko trenera/ opiekuna	Zakres wykonywanych czynności w ramach usługi	Posiadane wykształcenie*	Opis dotychczasowego doświadczenia zawodowego **
1.	2.	3.	4.	5.
1.		Poradnictwo psychologiczne /terapeutyczne		
2.		Nauka pielęgnacji		
3.		Nauka rehabilitacji		
4.		Nauka dietetyki		
n...				

\* na potwierdzenie posiadanego wykształcenia należy załączyć kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych

\*\* należy dołączyć dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe (np. zaświadczenia z pracy, referencje)

\_\_\_\_\_  
(Data, miejscowość)

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Wykonawcy



**Załącznik nr 3 do Oferty Wykonawcy**

**Oświadczenie o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślnie przestępstwo skarbowe oraz o korzystaniu z pełni praw publicznych i posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres zamieszkania)

.....

.....  
(numer PESEL)

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

- 1. Nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślnie przestępstwo skarbowe.**
- 2. Korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.**

*Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” – (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 ze zm.)*

.....  
(czytelny podpis)