Szczecin, dnia 15.05.2017r.

**Towarzystwo Walki z Kalectwem oddział Wojewódzki w Szczecinie**

**ul. Wielkopolska 32/1**

**70-450 Szczecin**

**NIP: 8511011799**

**ZAPYTANIE CENOWE – rozeznanie rynku nr 5/CAN/2017**

W związku z realizacją projektu pn**. ”Integruj się z nami – kompleksowe formy aktywizacji społeczno - zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, oś priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej.

Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Szczeciniezaprasza Państwa do złożenia oferty cenowej w procedurze rozeznania rynku.

Opis przedmiotu zamówienia:

1. Wspólny Słownik Zamówień (kod CPV):

**85311200-4 – Usługi opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych**

2. Tryb udzielenia zamówienia

Zamówienie poniżej 50 tys. PLN netto udzielone jest zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014-2020 dotyczy rozeznania rynku. Niniejsze rozeznanie rynku nie podlega przepisom ustawy Prawo Zamówień. Zamówienie stanowiące przedmiot niniejszego postępowania jest współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – RPO WZ 2014- 2020

3. Zamówienie obejmuje:

1. **Asystent osoby niepełnosprawnej podczas zajęć wsparcia pomocniczego w aktywizacji społeczno - zawodowej (1 etat x 7 miesięcy).**
2. **Asystent osoby niepełnosprawnej podczas szkoleń informatycznych (1 etat x 5 miesięcy).**

4. Okres realizacji:

1. od 1 czerwca do 31 grudnia 2017 r.
2. od 1 lipca do 30 listopada 2017 r.

5. Szczegóły dotyczące zamówienia:

1. Pełnienie roli asystenta osoby niepełnosprawnej w trakcie zajęć wsparcia pomocniczego w aktywizacji społeczno – zawodowej. W danym jednostce czasu pełnić obowiązki będzie 1 asystent/ka osoby niepełnosprawnej. W przypadku braku możliwości pełnienia obowiązków w zakładanym wymiarze czasowym obowiązki asystenta osoby niepełnosprawnej obejmie osoba znajdująca się na drugim miejscu na podstawie protokołu z wyboru asystenta osoby niepełnosprawnej. Wymiar czasu pracy – 1 etat x 7 miesięcy.

Odbiorcami wsparcia są osoby z niepełnosprawnościami, w tym w szczególności zaliczone do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności. W przypadku niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością (ucznia lub dziecka w wieku przedszkolnym), wolę skorzystania ze wsparcia asystenta wyraża jej opiekun prawny.

Usługa asystencka obejmuje wspieranie osób z niepełnosprawnościami w wykonywaniu podstawowych czynności związanych z udziałem osób niepełnosprawnych w formach wsparcia takich jak m.in. spotkania indywidualne z psychologiem i doradcą zawodowym w ramach Indywidualnego Treningu Kompetencji społecznych, spotkań integracyjnych z socjologiem, treningów Rozwoju Interpersonalnego i Treningów Pamięci, doradztwa z prawnikiem w zakresie prawa pracy, a także innego rozwoju społeczno - zawodowego (np. wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, urzędów pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo oraz asysta w tych miejscach i zajęciach), edukacyjnego (np. wsparcie w przemieszczaniu się do szkół i placówek oświatowych oraz na ich terenie, wsparcie podczas zajęć edukacyjnych i w procesie uczenia: gromadzenie materiałów, korzystanie z biblioteki).

Usługa asystencka jest świadczona w sposób zindywidualizowany, uwzględniający rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością.

Usługa asystencka może zakładać elementy usług opiekuńczych o charakterze towarzyszącym. Asystent nie może wykonywać czynności medycznych oraz zadań z zakresu rehabilitacji zdrowotnej, jeżeli nie ma do tego wymaganych uprawnień i odpowiedniego przygotowania medycznego.

Przewiduje się, że 1 Asystent będzie udzielał wsparcia dla 48 niepełnosprawnych uczestników projektu (12 uczestników w trakcie jednych zajęć oraz wsparcie osób niepełnosprawnych w indywidualnych spotkaniach z psychologiem oraz doradcą zawodowym).

Świadczenie usług asystenckich podlega indywidualnemu dokumentowaniu w formie papierowej lub elektronicznej i obejmuje w szczególności dziennik czynności usług asystenckich - zawierający ewidencję wykonania czynności usług asystenckich, prowadzony na bieżąco przez AON, obejmujący datę, rodzaj wykonywanej czynności, ewentualne spostrzeżenia i uwagi oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

1. Pełnienie roli asystenta osoby niepełnosprawnej w trakcie szkoleń informatycznych przeprowadzanych na komputerach. W danym jednostce czasu pełnić obowiązki będzie 1 asystent/ka osoby niepełnosprawnej. W przypadku braku możliwości pełnienia obowiązków w zakładanym wymiarze czasowym obowiązki asystenta osoby niepełnosprawnej obejmie osoba znajdująca się na drugim miejscu na podstawie protokołu z wyboru asystenta osoby niepełnosprawnej. Wymiar czasu pracy – 1 etat x 5 miesięcy.

Odbiorcami wsparcia są osoby z niepełnosprawnościami, w tym w szczególności zaliczone do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności. W przypadku niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością (ucznia lub dziecka w wieku przedszkolnym), wolę skorzystania ze wsparcia asystenta wyraża jej opiekun prawny.

Usługa asystencka obejmuje wspieranie osób z niepełnosprawnościami w wykonywaniu podstawowych czynności związanych z udziałem osób niepełnosprawnych w szkoleniach informatycznych z zakresu m.in. tworzenia stron internetowych, Microsoft Office, multimedia, grafika komputerowa i fotografia oraz czynności związanych z pomocą podczas samych zajęć – pomoc w obsłudze komputera, wspieranie osób niedowidzących, z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością ruchową, wsparcie mentalne osób z niepełnosprawnościami psychicznymi i umysłowymi, pomoc w udostępnianiu i użytkowaniu materiałów szkoleniowych (m.in. teczka, notes, długopis) oraz pomoc w wydawaniu i spożywaniu cateringu.

Usługa asystencka jest świadczona w sposób zindywidualizowany, uwzględniający rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością.

Usługa asystencka może zakładać elementy usług opiekuńczych o charakterze towarzyszącym. Asystent nie może wykonywać czynności medycznych oraz zadań z zakresu rehabilitacji zdrowotnej, jeżeli nie ma do tego wymaganych uprawnień i odpowiedniego przygotowania medycznego.

Przewiduje się, że 1 Asystent będzie udzielał wsparcia dla 48 niepełnosprawnych uczestników projektu (12 uczestników w trakcie jednych zajęć oraz wsparcie osób niepełnosprawnych w indywidualnych spotkaniach z psychologiem oraz doradcą zawodowym).

Świadczenie usług asystenckich podlega indywidualnemu dokumentowaniu w formie papierowej lub elektronicznej i obejmuje w szczególności dziennik czynności usług asystenckich - zawierający ewidencję wykonania czynności usług asystenckich, prowadzony na bieżąco przez AON, obejmujący datę, rodzaj wykonywanej czynności, ewentualne spostrzeżenia i uwagi oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

Spotkania winny zostać zrealizowane w terminie podanym w punkcie 4.

6. Warunki udziału w postępowaniu:

* + - * 1. w ramach postępowania wyklucza się następujących Oferentów:

Podmioty powiązane z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
* posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika, pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
	1. kryteria dostępu:

Do składania ofert zapraszamy Wykonawców, którzy spełniają warunki: ukończone kształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.)

Dodatkowo posiadają doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi.

* 1. sposób dokonania dokonywania oceny spełnienia tego warunku:

W celu spełnienia warunków wykonania usługi należy potwierdzić w ofercie:

* ukończenie kształcenia w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.)
* dokumenty poświadczające pracę z osobami niepełnosprawnymi.

7. Forma złożenia oferty:

Oferta powinna wydrukowana,na druku załączonego formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 1,podpisana i złożona w terminie do **30 maja 2017** r. poprzez email: can@twk.szczecin.pl z dopiskiem w tytule : "oferta– asystent ON" lub pocztą/osobiście na adres:

Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem

Oddział Wojewódzki w Szczecinie

ul. Wielkopolska 32/1

70-450 Szczecin

w zamkniętej kopercie z dopiskiem "oferta –asystent ON"

Oferta musi być podpisana przez Oferenta.

Oferty złożone po terminie, nie będą rozpatrywane.

Liczy się data złożenia /dostarczenia, a nie data nadania.

Wszelkie informacje można uzyskać pod numerem tel. 663 974 676 (Tomasz Mucharski).

8) Warunki wyboru Wykonawcy

W przedmiotowym zapytaniu zostanie wybrana oferta, która spełnia warunki zamówienia. Wykonawca wybierze najlepszą ofertę w oparciu uprawnienia (55%), cenę (30%) oraz doświadczenie w pracy z ON (15%), z zastrzeżeniem nieprzekroczenia wysokości środków przeznaczonych w budżecie projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Znaczenie kryterium** |
| Cena – C | 30 punktów |
| Uprawnienia – U  | 55 punktów |
| Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi – ON | 15 punktów |

Łączna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 100.

Ważna oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów (suma kryteriów C + U +ON) uznana zostanie za najkorzystniejszą.

* + - * 1. Sposób oceny kryterium „Cena” – C.

Cena powinna być podana w wartościach:

* cena jednostkowa
* cena całościowa (cena jednostkowa x 6).

Powinna zostać wyrażona w złotych i powinna zawierać wszystkie należne podatki i obciążenia. Punkty przyznawane za kryterium cena będą liczone wg następującego wzoru:

C = (Cmin : C0) x 30

gdzie:

C – liczba punktów oferty ocenianej,

Cmin – najniższa cena spośród ważnych ofert,

C0 – cena jednostkowa ocenianej oferty.

Maksymalna liczba punktów do uzyskania przez Wykonawcę w kryterium cena wynosi 30. Wszystkie obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

1. Sposób oceny kryterium „Uprawnienia” – U.

Przez uprawnienia rozumie się ukończenie kształcenia w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.)

Punkty przyznawane za kryterium doświadczenie będą liczone wg następującego wzoru:

U = 55

gdzie:

U – posiadanie adekwatnego uprawniania do przedmiotu oferty

Maksymalna liczba punktów do uzyskania przez Wykonawcę w kryterium doświadczenie wynosi 55. Przyznane punkty nalicza się w skali – spełnia = 55, nie spełnia = 0.

1. W ramach oceny oferty można uzyskać dodatkowe 15 punktów o ile Wykonawca posiada doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi.

W przypadku wyłonienia oferty do realizacji Wykonawca przedłoży Zamawiającemu właściwe dokumenty potwierdzające spełnienie warunków zamówienia np. świadectwa pracy, referencje, kopie umów o pracę/umów cywilno- prawnych, certyfikaty, świadectwa, itp.).

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyn, odrzucenia ofert posiadających rażąco niską cenę, a także do pozostawienia postępowania bez wyboru oferty.

Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert z zastrzeżeniem nieprzekroczenia wysokości środków zaplanowanych w budżecie projektu na realizację niniejszego zamówienia.

W przypadku spełnienia warunków zamówienia przez Oferentów, zamawiający podejmie negocjacje ceny. Oferenci, składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych, niż zaoferowane w złożonych ofertach.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do negocjowania w tym stawki cenowej z Wykonawcą.

O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi wybranego Wykonawcę.

Zamawiający poinformuje każdego z Oferentów o wynikach postępowania.

9. Postanowienia końcowe:

1. koszty wynikające ze spotkań z Zamawiającym oraz inne koszty związane z przygotowaniem przedmiotu zamówienia pokrywa Wykonawca,
2. Wykonawca będzie utrzymywać stały kontakt z Zamawiającym na czas trwania usługi w dni robocze co najmniej od godz. 9.00 do 16.30 i będzie informował o ewentualnych problemach i innych zagadnieniach istotnych dla realizacji usługi w trakcie wykonywania zlecenia,
3. Wykonawca zobowiązuje się w toku realizacji umowy do bezwzględnego stosowania wytycznych horyzontalnych, wytycznych programowych oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020 (w szczególności w zakresie maksymalnego dopuszczalnego limitu zaangażowania zawodowego w liczbie 276 godzin miesięcznie)- w tym celu obowiązkowego miesięcznego składania oświadczeń o ilości godzin zaangażowania zawodowego. W/w sprawozdanie podlega zatwierdzeniu przez Zamawiającego oraz stanowi podstawę do wystawienia rachunku,
4. wynagrodzenie będzie wypłacane w transzach miesięcznych na podstawie wystawionego rachunku, którego wysokość będzie ustalana na podstawie liczby przepracowanych godzin,

Niniejsze rozeznanie nie stanowi oferty zawarcia umowy w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego,

Wykonawcy nie przysługują żadne środki odwoławcze.

Załącznik:

Załącznik nr 1 – Oferta cenowa

 Załącznik nr 1 – oferta cenowa

**Oferta cenowa dotycząca**

* + - 1. **Asystent osoby niepełnosprawnej podczas zajęć wsparcia pomocniczego w aktywizacji społeczno - zawodowej (1 etat x 7 miesięcy).**
			2. **Asystent osoby niepełnosprawnej podczas szkoleń informatycznych (1 etat x 5 miesięcy).**

W ramach projektu ”Integruj się z nami – kompleksowe formy aktywizacji społeczno- zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na Lata 2014-2020.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p** | **Wymagane informacje**  | **Informacje podane przez Oferenta**  |
|  | Nazwa Wykonawcy/Imię i Nazwisko |  |
|  | Adres pocztowy  |  |
|  | Nr. Telefonu |  |
|  | Nr. faksu |  |
|  | Adres e-mailowy |  |
|  | REGON |  |
|  | NIP/PESEL |  |

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu warunków udziału w zamówieniu na:**

* + - 1. **Asystent osoby niepełnosprawnej podczas zajęć wsparcia pomocniczego w aktywizacji społeczno - zawodowej (1 etat x 7 miesięcy).**
			2. **Asystent osoby niepełnosprawnej podczas szkoleń informatycznych (1 etat x 5 miesięcy).**

Niniejszym oświadczam, że spełniam/ posiadam kadrę spełniającą\*, warunki udziału w wyżej wymienionym zamówieniu określone w zapytaniu do składania ofert.

………………. …….……………………………………………….

(miejsce, data) (pieczęć imienna i podpis Oferenta)

* + - * 1. Oferuje/my wykonanie usługi polegającej na przeprowadzeniu spotkań grupowych z uczestnikami projektu pt. ”Integruj się z nami- kompleksowe formy aktywizacji społeczno- zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”.

Cena jednostkowa oferty brutto ……………………………………………zł;

Słownie złotych (brutto) …………………………………………………………………………………………………………..…………

Razem cena oferty brutto: ……………….……………………………………..… zł;

Słownie złotych (brutto) …………………………………………………………………………………………………………..…………

* 1. Wiedza i doświadczenie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa instytucji/firmy** | **Lata pracy** **(od…do…)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi.

Oświadczam, iż:

- posiadam doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi

- nie posiadam doświadczenia w pracy z osobami niepełnosprawnymi\*

Osoba wypełniająca ofertę:

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

(imię i nazwisko, podpis, data)

\* - niepotrzebne skreślić