

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

ZAPYTANIE OFERTOWE nr 5/2019 z dnia 27.01.2020 r.

Zamawiający:

Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k.
ul. Kilińskiego 21, 90-205 Łódź

W związku z realizacją projektu „Wsparcie u Twego boku” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k. zaprasza podmioty zainteresowane wykonaniem zadania: : **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie pielęgnacji jako procesu wspierania leczenia osób z niepełnosprawnościami zgodnie z indywidualną ścieżką dla 5 uczestników/uczestniczek projektu.**

Projekt „Wsparcie u Twego Boku” skierowany jest do osób niesamodzielnych z niepełnosprawnością z terenu miasta Warszawy i powiatów województwa mazowieckiego¹, które ze względu na stan zdrowia w tym niepełnosprawność, wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, a także ich otoczenia - w szczególności opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych z niepełnosprawnością.

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie pielęgnacji jako procesu wspierania leczenia osób z niepełnosprawnościami zgodnie z indywidualną ścieżką.** Wsparciem opiekuńczym zostanie objętych 5 uczestników/uczestniczek mieszkańców, którzy otrzymali do 60 punktów w skali Barthel, są osobami z niepełnosprawnościami i nie przysługują im gwarantowane świadczenie w ramach opieki długoterminowej. Zadanie będzie realizowane od **stycznia 2020 roku do grudnia 2021 roku.**

Na każdego uczestnika/uczestniczkę objętą działaniami przypadają powinny średnio :

6 h/tyg. x 4tyg/m-c x 24m-ce.

Usługi opiekuńcze obejmować będą:

1. Higienę pacjenta (częściową i całkowitą toaletę ciała, głowy, higiena jamy ustnej, ubieranie i rozbieranie pacjenta, zmiana bielizny pościelowej).
2. Posiłki (przygotowywanie i podawanie posiłków- karmienie i pojenie).
3. Opieka i pielęgnacja (pomoc przy poruszaniu się, pomoc w korzystaniu z toalety, wymiana pampersów, wymiana worka na mocz, wymiana worka stomijnego, pielęgnacja okolic cewnika).

¹ *Miejscem realizacji projektu jest województwo mazowieckie z uwzględnieniem konkretnych powiatów: Warszawa, białobrzezski, ciechanowski, garwoliński, gostyniński, grodziski, grójecki, kozienicki, legionowski, lipski, łosicki, makowski, miński, mławski, nowodworski, ostrołęcki, Ostrołęka, ostrowski, otwocki, piaseczyński, płocki, płoński, pruszkowski, przasnyski, przysuski, pułtuski, Radom, radomski, Siedlce, siedlecki, sierpecki, sochaczewski, sokołowski, szydłowiecki, warszawski wschodni, węgrowski, wołomiński, wyszkowski, żuromiński, zwoleński, żyrardowski.

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

4. Profilaktyka przeciwoleżynowa.
5. Wsparcie psychiczne.
6. Pomoc z prowadzeniu gospodarstwa domowego.
7. Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pomoc w dokupywaniu lub zamawianiu leków w aptece, pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania.

Świadczenia, o których mowa powyżej, będą udzielane poniedziałku do niedzieli w godzinach pomiędzy 6:00 – 22:00.

II. KOD CPV 85000000-9 - Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej

III. WYMAGANIA

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

- 1) posiadają odpowiednie wykształcenie uprawniające do pracy na stanowisku objętym zapytaniem i spełnia łącznie warunki:
 - spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;
 - posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;
 - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania;
 - posiada prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki i minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe;
 - posiada ukończony jeden z 3 kursów: rodzinne, opieka długoterminowa, opieka paliatywna specjalizacja w zakresie wsparcia os. niesamodzielnych.

Ponadto:

- 2) posiadają pełną zdolność do czynności prawnych, korzystanie z pełni praw publicznych,
- 3) są osobami fizycznymi lub osobami samozatrudnionymi tzn. osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą, przy czym zaznacza się, że wykonawca będzie świadczył w projekcie usługi osobiście,
- 4) w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą zaznacza się, że w stosunku do firmy: nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości, nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia,
- 5) nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. 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 związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) 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.

IV. INFORMACJA O DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY CELEM POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- a. Curriculum Vitae.
- b. Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie odpowiednich kwalifikacji potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- c. Kopie dokumentów przedstawiające staż zawodowy i doświadczenie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- d. Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1).
- e. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 2).
- f. Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3).
- g. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz o braku innych podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu (załącznik nr 4).

Niezłożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

V. TERMIN REALIZACJI UMOWY

Zamówienie będzie realizowane od **stycznia 2020 r. do grudnia 2021 r.**

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

VI. KRYTERIA OCENY

Jako kryterium wyboru oferty przyjmuje się w niniejszym postępowaniu najkorzystniejszy bilans punktów przyznanych w oparciu o poniższe kryterium:

Kryterium	Waga	Maksymalna ilość punktów jakie może otrzymać oferta za dane kryterium
Cena za 1 h (wartość brutto)	100%	100 punktów

Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

A. Punkty za kryterium „Cena za 1 h” zostaną obliczone według wzoru:

$$\frac{\text{Cena brutto oferty najtańszej}}{\text{Cena brutto oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt.} = \text{liczba punktów w danym kryterium}$$

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów zgodnie ze wzorem. Ze względu na liczbę uczestników/uczestniczek planowanych do objęcia działaniami założonymi w projekcie Zamawiający dopuszcza możliwość dzielenia zamówienia, tzn. powierzenia usługi kilku Wykonawcom z najwyższą liczbą uzyskanych punktów w celu zapewnienia płynności realizacji projektu (w zależności od zadeklarowanej maksymalnej liczby godzin w ofercie). Oferenci, którzy przedłożą ważne oferty, które zostaną uznane za najkorzystniejsze, będą przesłanką do wezwania osób objętych ofertą do podpisania umowy.

VII. ISTOTNE WARUNKI ZMIANY UMOWY

Zamawiający przewiduje możliwość dokonywania istotnych zmian postanowień umowy w zakresie:

- a. Terminu realizacji umowy;
- b. Harmonogramu realizacji umowy;
- c. Ostatecznej liczby UP w ramach umowy;
- d. Zasad płatności (Zamawiający informuje, że termin płatności wynagrodzenia Wykonawcy uzależniony jest od terminu wpłynięcia na konto Zamawiającego środków przeznaczonych na pokrycie wydatków związanych realizacją projektu na etapie, w którym uczestniczył w nim Wykonawca i może ulegać opóźnieniom);

Wskazane powyżej istotne zmiany postanowień umowy zostaną wprowadzone do umowy pod warunkiem wystąpienia w toku realizacji Projektu okoliczności uzasadniających wprowadzenie zmian w celu należytej realizacji Projektu. Zmiany zostaną wprowadzone w drodze aneksu do umowy bądź zmiany załączników do umowy.

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

VIII. OSOBA DO KONTAKTU

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest Claudia Łajs,
e-mail claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl, tel. 737-471-848

IX. SPOSÓB SPORZĄDZENIA OFERTY

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
2. Do oferty powinny być dołączone podpisane dokumenty wymienione w punkcie IV niniejszego zapytania.
3. Cena jednostkowa brutto powinna być podana na formularzu stanowiącym załącznik 1.
4. Ofertę wraz z pozostałymi dokumentami należy złożyć w nieprzezroczystej, zabezpieczonej przed otwarciem kopercie. Kopertę należy opatrzyć opisem: **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie u Twego boku”** lub przesłać mailem na adres: claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl

Każdy Wykonawca może przedstawić tylko jedną ofertę. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia zamówienia podwykonawcom.

X. TERMIN ORAZ MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

W przypadku składania oferty osobiście lub pocztą termin wyznaczono na 6 lutego 2020 r. do godziny 16:00 (w przypadku nadania oferty pocztą liczy się data wpływu).

Ofertę można składać: osobiście lub pocztą: Biuro Projektu „Wsparcie u Twego boku” w Warszawie na ul. Jana Kazimierza 45/5, lub przesłać mailem na adres: claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Załącznik 1

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisana/y:

działając w imieniu i na rzecz.....

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie u Twego boku” składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

.....brutto/ za 1 h zegarową

Oferowane maksymalne zaangażowanie godzinowe w miesiącu:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela
upoważnionego do reprezentacji)



Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Zał. 2

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y:
działając w imieniu i na rzecz.....
oświadczam, że jestem/nie jestem* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.
Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego 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 (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela
upoważnionego do reprezentacji)

* niepotrzebne skreślić

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Zał. 3

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y:
działając w imieniu i na rzecz.....

wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z zapytaniem ofertowym dotyczącym świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla uczestników/uczestniczek projektu „Wsparcie u Twego boku” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 (zgodnie z Ustawą z 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883 i Wytocznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela
upoważnionego do reprezentacji)

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Zał. 4

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ O BRAKU INNYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej zamówieniem.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
3. Posiadam zdolność finansową do realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.
5. Posiadam obywatelstwo polskie.
6. Posiadam aktualne prawo do wykonywania zawodu.

Ponadto oświadczam, że:

1. W stosunku do firmy.....
nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości.
2. Firma
.....
...nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.
3. Firma..... nie została
skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela
upoważnionego do reprezentacji)