



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ZAPYTANIE OFERTOWE nr OPS.252.10.2017.P.7.6

Niniejsze postępowanie prowadzone jest zgodnie z zasadą rozeznania rynku określoną w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” z dnia 19 lipca 2017 r., Rozdział 6. Wspólne warunki i procedury w zakresie kwalifikowalności wydatków, Podrozdział 6.5.1

W związku z przystąpieniem od 1 stycznia 2018 roku przez Gminę Chojna/realizator Ośrodek Pomocy Społecznej w Chojnie do realizacji projektu pn „ Zwiększamy dostępność usług społecznych w Gminie Chojna”” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 ; oś priorytetowa VII Włączenie społeczne ; działanie 7.6, zwracamy się z zapytaniem cenowym na:

I.PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

1. Świadczenie indywidualnych porad i wsparcia psychologicznego dla opiekunów faktycznych – (uczestników projektu), których celem jest poprawa kondycji psychicznej opiekunów faktycznych oraz ułatwienie dostępu do bezpłatnego poradnictwa psychologicznego,
2. Udział w rekrutacji uczestnika do projektu, nabór na Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej - weryfikacja predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych, wystawienie opinii psychologicznej dla 1 kandydata na wym. stanowisko.

KOD CPV – 85121270-6 – (Usługi psychiatryczne lub psychologiczne)

II.WYMAGANIA NIEZBĘDNE

- posiadanie dyplomu ukończenia studiów wyższych psychologicznych
- posiadanie udokumentowanego 5 – letnim stażem pracy na stanowisku psychologa,
- posiadanie minimum 2 – letniego doświadczenia w prowadzeniu indywidualnego i zespołowego poradnictwa psychologicznego.
- stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie w charakterze psychologa

III. WYMAGANIA DODATKOWE:

- umiejętności interpersonalne, zdolności organizacyjne,
- sumienność, samodzielność, odpowiedzialność, dyspozycyjność,
- dobra organizacja pracy własnej.
- mieć widziane prawo jazdy kat. B oraz własny samochód co ułatwi dotarcie do odbiorców wsparcia

IV.WYMAGANE DOKUMENTY I OŚWIADCZENIA:

- dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje zawodowe kandydata/kandydatki oraz doświadczenie zawodowe,
- list motywacyjny

- CV
- załączenie oferty cenowej wg załącznika Nr 1
- oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych o treści:

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie wykonania zlecenia dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 2014, poz. 1182 ze zm.)” – załącznik Nr 2

- Oświadczenie o spełnieniu warunków wykluczenia w z postępowania – załącznik Nr 3
- Oświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym na zatrudnienie – załącznik Nr 4
- Wykaz wykonanych usług - załącznik Nr 5

V. ZAKRES WYKONYWANYCH ZADAŃ:

- udzielanie indywidualnych porad i wsparcia psychologicznego dla 4 opiekunów faktycznych, którego celem jest poprawa kondycji psychicznej opiekunów faktycznych, wsparcie w rozwiązywaniu problemów natury psychologicznej poprzez wzmocnienie umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami, nagromadzonym stresem.
- czas trwania wsparcia dla jednego uczestnika/uczestniczki to po 2 godziny/miesiąc/4 opiekunów faktycznych, łącznie 8 godzin wsparcia miesięcznie/24 godziny na kwartał.

VI. MIEJSCE ODBYWANIA KONSULTACJI:

- miejsce zamieszkania opiekunów faktycznych (uczestników projektu) lub w wyznaczonym pomieszczeniu w budynku Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie.

VII. ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY:

- Wykonawca zapewnia pomoce naukowe, materiały, poradniki itp. niezbędne do przeprowadzenia usługi,
- prowadzenie listy obecności, godzin udzielonego wsparcia,
- kontrolka czasu pracy podpisana przez uczestnika/czkę,
- sporządzanie sprawozdań okresowych z udzielonego wsparcia zleconych przez koordynatora projektu,
- przekazanie do OPS w Chojnie wszystkich dokumentów oznakowanych zgodnie z wytycznymi dotyczącymi oznakowania projektów w ramach RPO WZ na lata 2014-2020, które również powinny zawierać informacje, że projekt jest współfinansowany przez UE ze środków EFS w ramach RPO WZ 2014-2020.
- Wykonawca zobowiązany jest zapoznania się i przestrzegania Zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn w projektach współfinansowanych ze środków EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, w trakcie realizacji usług w ramach projektu,
- Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania limitu 276 godzin miesięcznie łącznego zaangażowania zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie i innych podmiotów w całym okresie trwania/wykonywania przedmiotu zamówienia,
- W przypadku przekroczenia limitu 276 godzin miesięcznego zaangażowania zawodowego wykonawca poinformuje niezwłocznie koordynatora projektu.

VIII. Wykluczenia

- Z możliwości realizacji zamówienia wyłącza się podmioty i osoby, które powiązane są z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane

z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo, w szczególności poprzez:

- o uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - o posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
 - o pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - o pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
- Wykonawca zobowiązany jest do dołączenia do oferty oświadczenia o braku ww. powiązań zgodnie z załącznikiem nr 3.

IX. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

- rozpoczęcie wsparcia styczeń 2018 rok
- zakończenie wsparcia grudzień 2019 rok

X. MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY:

Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim w zamkniętej kopercie z dopiskiem „**Psycholog**” należy:

- złożyć osobiście w Ośrodku Pomocy Społecznej w Chojnie, ul. Jagiellońska 2, 74 – 500 Chojna lub
- przesłać na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Jagiellońska 2, 74-500 Chojna (decyduje data wpływu do OPS)

W terminie do dnia 02.01.2018 do godz. 15.00

Zgłoszenia ofert po terminie, w inny niż określony w ogłoszeniu lub bez kompletu dokumentów nie będą brane pod uwagę w postępowaniu.

X. KRYTERIUM WYBORU OFERTY:

cena - waga 90,
doświadczenie – waga 10.

Podana cena ma być ceną brutto za godzinę świadczenia usługi

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie kierował się podanym kryterium i jego wagą:

Nazwa kryterium - waga – **90 = 90 punktów**

ilość punktów = (najniższa cena brutto spośród badanych ofert/cena oferenta)*90

Nazwa kryterium – waga – **doświadczenie 10 punktów**

Nazwa kryterium – **1 = 1 punkt (max 10 punktów)** przydzielany za każde przeprowadzone przez trenera szkolenie ww. tematyce.

Zamawiający ocenia oferty w ramach kryterium " doświadczenie" na podstawie następujących dokumentów, złożonych wraz z ofertą:

1. wykaz osób, które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia, łącznie z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych niezbędnych do wykonania zamówienia, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami;
2. wykazu wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, usług w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, odpowiadających swoim rodzajem i wartością usługom stanowiącym przedmiot zamówienia, z podaniem, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz dokumentów potwierdzających, że usługi zostały wykonane należycie – wg załącznika Nr 6

Zamawiający powiadomi niezwłocznie o wyborze najkorzystniejszej oferty wybranego wykonawcę , a rozstrzygnięcie zostanie umieszczone na stronie internetowej Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie – adres strony: www.opschojna.pl, www.bip.chojna.pl

XI.FORMA ROZLICZENIA:

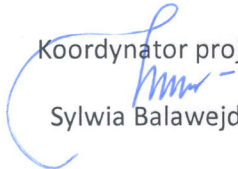
Faktura VAT

XI. Osoba uprawniona do kontaktu z wykonawcami:

- Sylwia Balawejder – koordynator projektu tel: 91 431 20 66

Załączniki:

1. Załącznik Nr 1 - Formularz oferty do zapytania cenowego
2. Załącznik Nr 2 - Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
3. Załącznik Nr 3 - Oświadczenie o spełnieniu warunków wykluczenia w z postępowania
4. Załącznik Nr 4 - Oświadczenie o stanie zdrowia
5. Załącznik Nr 5 - Wykaz wykonanych usług
6. Załącznik Nr 6 - Oświadczenie o zaangażowaniu zawodowym personelu projektu

Koordynator projektu

Sylwia Balawejder

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego
na lata 2014-2020



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.10.2017.P.7.6

.....
(pieczęć oferenta)

Miejscowość....., data.....

FORMULARZ OFERTY
w postępowaniu nr OPS.252.10.2017.P.7.6

OFERTA WYKONAWCY:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	

Skierowana do:

Ośrodka Pomocy Społecznej
ul. Jagiellońska 2
74-500 Chojna

- 1.Oferuję realizację przedmiotu zamówienia w postępowaniu nr OPS.252.10.2017.P.7.6
..... za cenę zł (słownie:
.....) za godzinę zegarową.
2. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z opisem przedmiotu zamówienia Zamawiającego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)



**Fundusze
Europejskie**
Program Regionalny



**Pomorze
Zachodnie**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.10.2017.P.7.6

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez

oświadczam

że posiadam obywatelstwo polskie, mam pełną zdolność do czynności prawnych, korzystam z pełni praw publicznych i nie byłem/łam skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, (Dz.U.2016, poz. 922 ze zm.)

Niniejsze oświadczenie składam świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 3 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.10.2017.P.7.6

....., dn.
(miejscowość)

Imię i nazwisko

Adres

Nr telefonu

PESEL

Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr OPS.252.10.2017.P.7.6 na:

„Wsparcie psychologiczne”

Oświadczam, że nie jestem powiązana(y) z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- 1) uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- 2) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- 4) 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.

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie



**Fundusze
Europejskie**
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 4 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.10.2017.P.7.6

(Imię i nazwisko)

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY
NA STANOWISKU OKREŚLONYM W ZAPYTANIU OFERTOWYM NR OPS.252.10.2017.P.7.6**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego („Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”),

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych świadczenia usług wsparcia zgodnych z przedmiotem zamówienia

czytelny podpis oferenta



WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

OŚWIADCZAM, ŻE:

Stosownie do treści zapytania ofertowego wykonałem/am w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy niż trzy lata, to w tym okresie, niżej wymienione usługi odpowiadające swoim rodzajem usługom stanowiącym przedmiot niniejszego zamówienia.

Lp.	Nazwa, rodzaj i zakres (usług) (należy określić w sposób umożliwiający ocenę spełnienia warunku)	Data wykonania usługi - zakończenie (dzień –miesiąc –rok)	Odbiorca usług (podać podmiot na rzecz których usługi zostały wykonane)
1	2	3	4
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Uwaga: Do wskazanych w wykazie wykonanych usług należy dołączyć referencje potwierdzające należyte wykonanie niniejszych usług.

.....
czytelny podpis



OŚWIADCZENIE O ZAANGAŻOWANIU ZAWODOWYM PERSONELU PROJEKTU

1. Oświadczam, iż w przypadku zaangażowania mnie do projektu „**Zwiększamy dostępność usług społecznych w gminie Chojna**” – realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 ; oś priorytetowa VII **Włączenie społeczne; działanie 7.6**, moje łączne zaangażowanie zawodowe¹ w realizację wszystkich projektów finansowanych z Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie i innych podmiotów nie przekracza łącznie **276 godzin miesięcznie**.
2. Zobowiązuję się jednocześnie do nie przekraczania ww. miesięcznego limitu godzin w okresie mojego ewentualnego zaangażowania do projektu.
3. Oświadczam, że nie jestem zaangażowany/a w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności*
4. Oświadczam, że jestem zaangażowany/a w realizację następujących projektów: finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności*:

L.p	Tytuł projektu i nazwa Beneficjenta	Rodzaj umowy	Okres zaangażowania	Liczba godzin zaangażowania miesięcznie ²

5. Oświadczam, że nie jestem zaangażowany/a w realizację żadnych innych zadań finansowanych ze źródeł pozaprojektowych , w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie*

¹ Zgłoszenia ofert po terminie, w inny niż określony w ogłoszeniu lub bez kompletu dokumentów nie będą brane pod uwagę w postępowaniu.

² W przypadku gdy nie jest możliwe podanie dokładnej liczby godzin zaangażowania (np. w przypadku umów o dzieło lub prowadzenia działalności gospodarczej, należy podać orientacyjną i uśrednioną liczbę godzin.

6. Oświadczam, że jestem zaangażowany/a w realizację następujących zadań finansowanych ze źródeł pozaprojektowych, w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie i innych podmiotów*:

L.p	Nazwa podmiotu zatrudniającego	Rodzaj umowy	Okres zaangażowania	Liczba godzin zaangażowania miesięcznie ³

7. Oświadczam, iż podmiot wskazany pod nr jest instytucją uczestniczącą w realizacji PO⁴ jednakże w przypadku zaangażowania mnie do projektu, fakt mojego zatrudnienia w instytucji uczestniczącej w realizację PO nie powoduje konfliktu interesów⁵ ani ryzyka podwójnego finansowania wydatków.
8. Oświadczam, iż obciążenie z tytułu ewentualnego zaangażowania mnie w realizację zadania w projekcie nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich powierzonych mi zadań.
9. Zobowiązuję się do sporządzania protokołu wskazującego na prawidłowe wykonanie zadań, liczbę oraz ewidencję godzin w danym miesiącu kalendarzowym poświęconych na wykonanie zadań w projekcie.
10. W okresie mojego zaangażowania w projekcie zobowiązuję się do spełnienia wyżej wymienionych warunków oraz aktualizacji oświadczenia w chwili wystąpienia zmiany.
11. Informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ust.1 KK dotyczącej poświadczenia nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

* - niepotrzebne skreślić

³ W przypadku gdy nie jest możliwe podanie dokładnej liczby godzin zaangażowania (np. w przypadku umów o dzieło lub prowadzenia działalności gospodarczej, należy podać orientacyjną i uśrednioną liczbę godzin.

⁴ Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO rozumie się Instytucję Zarządzającą PO programem operacyjnym, w tym krajowy regionalny program operacyjny oraz program Europejska Współpraca Terytorialna lub instytucję, do której Instytucja Zarządzająca PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO

⁵ Konflikt interesów rozumiany jest jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności, tj. w szczególności: przyjmowanie jakiegokolwiek formy zapłaty za wykonanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub zajęcia zarobkowego mogącego mieć negatywny wpływ na sprawy prowadzone w ramach obowiązków służbowych, prowadzenie szkoleń o ile mogłoby to mieć negatywny wpływ na bezstronność prowadzenia spraw służbowych.