**Konkurs ofert na realizacje usług opiekuńczych w Gminie Suchy Las.**

Nazwa i adres zamawiającego:.

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchym Lesie , ul. Wojciecha Bogusławskiego 17**

**62-002 Suchy Las**

[**Tel: 612500360 Fax**](Tel:612500360%20Fax)**. 612500369**

**e-mail:** [suchylas\_ops@poczta.onet.pl](mailto:suchylas_ops@poczta.onet.pl)

**NIP 777-18-99-568 REGON 632000025**

1. **Przedmiot zamówienia**

1.Przedmiotem zamówienia jest świadczenia w miejscu zamieszkania klienta z terenu Gminy Suchy Las usług opiekuńczych zwykłych.

2. Usługi opiekuńcze na podstawie art. 50 ust.3 ustawy o pomocy społecznej, obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych .

a) usługach gospodarczych:

* Utrzymaniu czystości i porządku mieszkania podopiecznego
* Załatwianiu spraw bieżących np. wezwanie lekarza, zgłoszenie nap[Raw urządzeń domowych itp.
* Przygotowaniu posiłków z uwzględnieniem diety zalecanej przez lekarza
* Praniu bielizny osobistej, pościelowej, ręczników itp.
* Przynoszeniu opału i paleniu w piecu
* Zakupie artykułów spożywczych, leków, środków czystości itp.

b.)usługach opiekuńczo – pielęgnacyjnych

* Pomaganie przy spożywaniu posiłków bądź karmienie chorego
* Podstawowej opiece higienicznej ( przesłanie łóżka, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, pomoc w utrzymaniu higieny – mycie, kąpanie , zapobieganie odleżyn),
* Mierzenie temperatury, poziomu glukozy
* Pielęgnacja zalecana przez lekarza

3.świadczenie w miejscu zamieszkania klienta z terenu Gminy Suchy las usług opiekuńczych przybliżona liczba godzin : 4500

**2. Termin wykonania zamówienia**

Termin realizacji zamówienia ustala się na okres jednego roku tj. od 01 stycznia2019 roku do 31 grudnia 2019roku

3.**Warunki udziału w konkursie**

1. o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki obowiązkowe :

* Posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności , jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania:
* Posiadanie wiedzy doświadczenia: zamawiający uzna, że warunek dotyczący posiadania wiedzy i doświadczenia został spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że należycie wykonał w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie usługi opiekuńcze w wymiarze łącznie nie mniejszym niż 9 000

Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w pkt 1nastapi na podstawie załączonych do oferty oświadczeń oraz dokumentów wg formuły spełnia / nie spełnia

Warunki dodatkowe:

* Podmiot : organizacja pozarządowa w rozumieniu art. 3 ust 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie(Dz. U z 2018r. poz. 450 ze zm.)
* Instytucja prowadząca działalność pożytku publicznego , o których mowa w art. 3 ust 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie(Dz. U z 2018r. poz. 450 ze zm.)

**4. Termin składania ofert i wymagane dokumenty**

* Ofertę należy złożyć do dnia **20.12.2017r.** do godz. 15.00 w siedzibie zamawiającego lub przesłać na adres OPS (decyduje data wpływu oferty do siedziby OPS)
* Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane
* Oferta winna być złożona w zamkniętej kopercie z dopiskiem” realizacja usług opiekuńczych”
* Oferta powinna być składana w jezyku polskim

Wszelkich informacji dotyczących oferty można uzyskać w Ośrodku Pomocy społecznej w Suchym Lesie ul. Wojciecha Bogusławskiego 17, 62-002 Suchy Las lub pod numerem telefonu 0612500360

**5. Termin, tryb, i kryteria stosowane przy wyborze oferty**

* Oferty będą opiniowane przez Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Suchym Lesie
* Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 27.12.2018r
* Od decyzji Dyrektora , nie stosuje się trybu odwołania
* Wyniki dokonanego wyboru zostana podane do wiadomości publicznej na stronie OPS www.ops.suchylas.pl

Suchy Las, dnia…………………….. …………………………………………….

Podpis Dyrektora OPS

**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY NA REALIZACJĘ USŁUG OPIEKUŃCZYCH W GMINIE SUCHY LAS**

Nazwa i adres wykonawcy

(pieczęć)

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………..

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………..

Oświadczam/y, ze zobowiązuje/my się świadczyć przedmiot Zamówienia:

„Świadczenie usług opiekuńczych, podopiecznych Ośrodka Pomocy Społecznej w Suchym Lesie zamieszkałych na terenie Gminy Suchy Las w okresie od 01 stycznia 2018r do 31 grudnia 2018r.”

1. Oferuję/my wykonywanie ww. usługi :

Cena za godzinę usług opiekuńczych ……………………………………………..złotych brutto, słownie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że spełniam wszystkie warunki zawarte w Zapytaniu Ofertowym.

Data………………………….. ……………………………………………………………………………

podpisy osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy

**załącznik nr 2**

Nazwa i adres wykonawcy

(pieczęć)

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………..

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………..

**WYKAZ WYKONANYCH GODZIN USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Miejsce wykonania | Nazwa i adres zamawiającego | Czas okres w którym były/ są świadczone usługi | Wymiar godzinowy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Zgodnie z warunkami udziału w konkursie, Wykonawca winien wykazać, że należycie wykonał w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie usługi opiekuńcze w wymiarze nie mniejszym niż 9000 godzin.
2. Należy załączyć dokumenty potwierdzające, że wykazane usługi zostały wykonane należycie (np. referencje)
3. W przypadku, gdy usługi wykonane były u Zamawiającego , Wykonawca nie ma obowiązku przedkładania poświadczeń należytego wykonania.

………………………………………………………….

Podpis osoby (osób) uprawnionej (ych) do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 3

Nazwa i adres wykonawcy

(pieczęć)

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………..

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Prowadzę działalność w ramach organizacji pozarządowej w rozumieniu art. 3 ust 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie(Dz. U z 2016r. poz 1817) lub

Instytucji prowadzącej działalność pożytku publicznego , o których mowa w art. 3 ust 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie(Dz. U z 2016r. poz 1817) TAK/NIE \*

\*skreślić niepoprawne

………………………………………………………….

Podpis osoby (osób) uprawnionej (ych) do reprezentowania Wykonawcy