**Załącznik nr 1**

**Umowa ……………………**

zawarta w dniu 10.12.2018r. w Nysie pomiędzy:

Gminą Nysa ul. Kolejowa 15, 48-300 Nysa, NIP: 7532414579, obiorca: Ośrodek Pomocy Społecznej w Nysie ul. Komisji Edukacji Narodowej 1A, 48-303 Nysa, reprezentowanym przez Dyrektora Panią Kamilę Ferdyn zwaną w dalszej części umowy **Zamawiającym,**

a

zwanym w dalszej części umowy **Wykonawcą,**

uprawnionym do wykonywania prac objętych niniejszą umową na podstawie przeprowadzonego przetargu nieograniczonego w dniu …………………. i oferty złożonej przez Wykonawcę w dniu ………………………...

o następującej treści:

§ 1.

Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zwanych dalej „Usługami”, na podstawie:

1. art. 8 i 9 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
2. art. 18 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
3. Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

§ 2.

Szczegółowy zakres usług specjalistycznych wraz z wymaganiami stawianymi wobec pracowników Wykonawcy określa załącznik nr 2 do niniejszej umowy - stanowiący jej integralną część.

§ 3.

1. Strony ustalają, że cena brutto za jedną godzinę usług wynosi……………… zł.

(słownie brutto: …………………………).

2. Cena określona w ust. 1 pozostanie niezmienna przez okres obowiązywania umowy.

3. W przypadku nie otrzymania środków finansowych na realizację zamówienia pochodzących ze źródeł zewnętrznych, umowa o zamówienia publiczne zostanie rozwiązana jednostronnie przez Zamawiającego w trybie natychmiastowym, a Wykonawcy nie będą przysługiwały jakiekolwiek roszczenia wobec Zamawiającego.

§ 4.

1. Kopia decyzji administracyjnej stanowi zlecenie na wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych.

2. Za datę rozpoczęcia świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych na rzecz podopiecznych uważa się :

1. datę określoną w decyzji administracyjnej;
2. w wyjątkowych przypadkach dopuszcza się zlecenie usługi ustnie lub przesłanie zlecenia faksem, zlecenie takie zostanie następnie potwierdzone decyzją administracyjną.

3. Za datę zakończenia świadczenia usług na rzecz podopiecznych uważa się :

1. datę określoną w decyzji administracyjnej;
2. w wyjątkowych przypadkach dopuszcza się ustne lub przesłane faksem zlecenie Zamawiającego, potwierdzone następnie decyzją administracyjną, bądź powiadomienie Zamawiającego skierowane do Wykonawcy o przerwaniu usług opiekuńczych.

§ 5.

Wykonawca zobowiązany jest przystąpić do realizacji usługi w ciągu 2 dni od daty otrzymania zlecenia.

§ 6.

1. Wykonawca zobowiązuje się kierować do wykonania usług osoby o odpowiednim przygotowaniu zawodowym, zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy.
2. Zamawiający dopuszcza Zmiany osób przewidzianych do realizacji zamówienia w przypadkach:
3. Śmierci, choroby lub innych zdarzeń losowych uniemożliwiających osobom wskazanym do realizacji zamówienia wykonywanie usługi,
4. Niewywiązywanie się osób z należytego wykonywania przedmiotu zamówienia,
5. wystąpienia innych przyczyn niezależnych od wykonawcy (np. rezygnacji osób wskazanych do realizacji usług), skutkujących koniecznością zmiany osób przewidzianych do realizacji zamówienia,
6. Kwalifikacje i doświadczenie nowych osób wyznaczonych przez wykonawcę do realizacji umowy, muszą spełniać warunki zawarte w niniejszej Umowie oraz w SIWZ.

§ 7

Wykonawca zobowiązuje się do zachowania odpowiedniej jakości i terminowości świadczonych usług.

§ 8.

Wykonawca zobowiązuje się do informowania Zamawiającego o każdej zmianie sytuacji życiowej i zdrowotnej podopiecznych, mającej wpływ na realizację usługi.

§ 9.

Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania ochrony danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Europejskiego i Rady ( UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobnych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
( RODO).

§ 10.

Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji świadczonych usług w formie:

1. kart realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych z podpisami klientów, potwierdzających czas pracy opiekunów (zał. Nr 6)
2. sprawozdań z realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych, dołączanych do comiesięcznego rozliczenia usług (zał. Nr 7)
3. kart społecznego funkcjonowania podopiecznego, sporządzanych raz na kwartał (zał. Nr 8)

§ 11.

1. Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu rozliczenia za każdy miesiąc świadczonych usług, do 10 dnia następnego miesiąca, w formie faktury wraz z załącznikami:
2. Zał. Nr 3 do umowy – rozliczenie indywidualne,
3. Zał. Nr 4 do umowy - rozliczenie zbiorcze,
4. Zał. Nr 5 do umowy - wykaz osób, u których usługi nie były świadczone zgodnie z decyzją, z podaniem przyczyn uniemożliwiających realizacje usług w pełnym zakresie.
5. Zamawiający zobowiązuje się do przekazywania należności wynikających z zakresu prac oraz stawek godzinowych na konto Wykonawcy (...) w ciągu 14 dni od dnia otrzymania faktury za dany miesiąc.
6. Wykonawca nie będzie naliczał Zamawiającemu kar za nieterminowe wpłaty za faktury, w przypadku gdy nie otrzyma w terminie środków finansowych na realizację zamówienia pochodzących ze źródeł zewnętrznych.
7. Wykonawca oświadcza, że wskazane konto bankowe służy do rozliczeń związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą i nie jest rachunkiem oszczędnościowo-rozliczeniowym.

§ 12.

W związku z powierzeniem danych osobowych przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany jest do zawarcia umowy o powierzenie danych osobnych, stanowiący załącznik Nr 9 do umowy.

§ 13.

Wykonawca przyjmuje pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez swoich pracowników lub podwykonawców w związku z wykonywanymi usługami.

§ 14.

Zamawiający ma prawo do kontroli jakości świadczonych usług, w tym do wglądu w dokumentację prowadzoną przez Wykonawcę.

§ 15.

Rozpoczęcie wykonania umowy ustala się na dzień 2 stycznia 2019 r., a jej zakończenie na dzień 31 grudnia 2019 r.

§ 16.

Wykonawca nie może powierzyć wykonania usługi innemu podmiotowi.

§ 17.

1. Wykonawcy nie przysługuje prawo do wynagrodzenia, jeśli:
	1. nie wykonał zamówienia,
	2. wykonywał zamówienie nienależycie lub nieterminowo, niezgodnie ze wskazówkami Zamawiającego.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w następujących przypadkach i wysokościach:
3. za każde przypadek wykonania zamówienia niezgodnie z postanowieniami umowy – w wysokości 1% wartości wynagrodzenia brutto przysługującego za dany miesiąc, w którym to zdarzenie nastąpiło, wyliczonego stosownie do § 11;
4. za odstąpienie Wykonawcy od umowy z przyczyn, za które Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności lub gdy Zamawiający odstąpi od umowy z tytułu okoliczności leżących po stronie Wykonawcy – w wysokości 30% wartości wynagrodzenia brutto przysługującego za miesiąc poprzedzający rozwiązanie Umowy, wyliczonego stosownie do § 11;.
5. Wykonawca zobowiązany jest do uiszczenia kar umownych w terminie 7 dni od otrzymania pisemnego wezwania od Zamawiającego.
6. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia bez odrębnych wezwań i powiadomienia.
7. Zamawiającemu służy prawo dochodzenia odszkodowania przekraczającego wysokość kary umownej.
8. Zamawiający ma prawo rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nie wywiązywania się Wykonawcy z warunków umowy oraz w przypadku braku otrzymania środków finansowych na realizacją zadania określonego w § 1 umowy.

§ 18.

1. Wszelkie zmiany w treści umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy – Prawo Zamówień publicznych, kodeksu cywilnego oraz akty prawne przywołane w § 1 niniejszej umowy.
3. Sądem właściwym do dochodzenia roszczeń wynikających z niniejszej umowy jest Sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

ZAŁĄCZNIKI:

Zał. Nr 1- Oferta Wykonawcy

Zał. Nr 2- Zakres usług specjalistycznych oraz wymagania wobec pracowników wykonawcy

Zał. Nr 3- Rozliczenie indywidualne.

Zał. Nr 4- Rozliczenie zbiorcze.

Zał. Nr 5 - Wykaz osób, u których usługi nie były świadczone zgodnie z decyzją, z podaniem przyczyn uniemożliwiających realizacje usług w pełnym zakresie.

Zał. Nr 6 - Karta realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych.

Zał. Nr 7 - Sprawozdanie z realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych.

Zał. Nr 8 - Karta funkcjonowania społecznego podopiecznego.
Zał. Nr 9 – Umowa powierzenia danych osobowych

**Zamawiający Wykonawca**

**Załącznik Nr 2**

**UMOWA POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

zwana dalej „**Umową**”,

zawarta w dniu ------------------------- pomiędzy:

Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Nysie z siedzibą w Nysie 48-303 przy ulicy Komisji Edukacji Narodowej 1A, zwany w dalszej części umowy **,, Administratorem danych ”** reprezentowanym przez : Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Nysie – Kamilę Ferdyn

 oraz

-----------------------------------------------------------, zwanym dalej **,, Podmiotem przetwarzającym,** reprezentowanym przez: -----------------------------------

zwanymi łącznie „ **Stronami** ”

Mając na uwadze, iż Strony łączy Umowa z dnia ------------- r. przedmiotem, której jest ustalenie zasad współpracy zwana dalej „Umową główną ”, w trakcie wykonywania, której przetwarzane są dane osobowe, Strony zgodnie postanowiły, co następuje:

**§ 1**

**Powierzenie przetwarzania danych osobowych**

1. Administrator danych powierza Podmiotowi przetwarzającemu, w trybie art.28 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016r. ( zwanego w dalszej części ,, Rozporządzeniem”) dane osobowe do przetwarzania, na zasadach i w celu określonym w niniejszej umowie.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

3. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi Rozporządzenia.

**§ 2**

**Zakres i cel przetwarzania danych**

1. Podmiot przetwarzający będzie przetwarzał, powierzone na podstawie umowy dane osób kierowanych przez Administratora danych.

2. Powierzone przez Administratora danych dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w celu realizacji Umowy głównej w szczególności:

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. PESEL
4. Data urodzenia
5. Telefon
6. Struktura rodziny

3. Przetwarzanie danych osobowych będzie się odbywać w formie papierowej oraz przy wykorzystaniu systemów informatycznych.

**§ 3**

**Obowiązki podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art.32 Rozporządzenia.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.

3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.

4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy, przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym jak i po jego ustaniu.

5. Podmiot przetwarzający po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem usuwa wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych. Jest zobowiązany do złożenia oświadczenia o usunięciu powierzonych mu danych.

6. W miarę możliwości Podmiot przetwarzający pomaga Administratorowi danych w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia.

7. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Administratorowi danych w ciągu 24h.

**§ 4**

**Prawo kontroli**

1. Administrator danych zgodnie z art.28 ust.3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli, czy środki zastosowane przez Podmiot przetwarzający przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy.

2. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum 7 dniowym jego uprzedzeniem.

3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Administratora danych nie dłuższym niż 7 dni

4. Podmiot przetwarzający udostępnia Administratorowi danych wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnia obowiązków określonych w art.28 Rozporządzenia.

**§ 5**

**Dalsze powierzenie danych do przetwarzania**

1. Podmiot przetwarzający może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Administratora danych.

2. Przekazanie powierzonych danych do państwa trzeciego może nastąpić jedynie na pisemne polecenie Administratora danych chyba, że obowiązek taki nakłada na Podmiot przetwarzający prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego, któremu podlega Podmiot przetwarzający. W takim przypadku przed rozpoczęciem przetwarzania Podmiot przetwarzający informuje Administratora danych o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.

3. Podwykonawca, o którym mowa w ust.1 umowy winien spełniać te same gwarancje i obowiązki jakie zostały nałożone na Podmiot przetwarzający w niniejszej umowie.

4. Podmiot przetwarzający ponosi pełną odpowiedzialność wobec Administratora danych za nie wywiązywanie się ze spoczywających na podwykonawcy obowiązków ochrony danych.

**§ 6**

**Odpowiedzialność Podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Administratora danych o jakimkolwiek postępowaniu w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzaniem przez Podmiot przetwarzający danych osobowych określonych w umowie, o jakiejkolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w Podmiocie przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez organ nadzorczy. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.

**§ 7**

**Czas obowiązywania umowy**

Umowa zostaje zawarta na czas obowiązywania Umowy głównej. W celu uniknięcia wątpliwości, rozwiązanie Umowy głównej skutkuje rozwiązaniem niniejszej Umowy.

**§ 8**

**Rozwiązanie umowy**

1. Administrator danych jest upoważniony do rozwiązania niniejszej umowy z miesięcznym okresem wypowiedzenia bez podania przyczyn, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym oświadczenie to zostało złożone.

2. Administrator danych może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym gdy Podmiot przetwarzający:

1) pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie.

 2) przetwarza dane osobowe w sposób niezgodny z umową lub niezgodny z Rozporządzeniem.

3) powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody Administratora danych.

**§ 9**

**Zasady zachowania poufności**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Administratora danych i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej(,, dane poufne”).

2. Podmiot przetwarzający oświadcza, ze w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Administratora danych w innym celu niż wykonanie umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub umowy.

**§ 10**

**Postanowienia końcowe**

1.Umowa została zawarta w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron.

2. W sprawach nieuregulowanych zastosowania będą miały przepisy Kodeksu cywilnego oraz Rozporządzenia.

3. Sądem właściwym dla rozpatrzenia sporów wynikających z niniejszej umowy będzie sąd właściwy dla Administratora danych.

**……….…………………………………………. ……..………………………………………………**

**( data i podpis Administratora danych ) ( data i podpis Podmiotu przetwarzającego )**

ZAŁĄCZNIK nr 2 do umowy

* + 1. **Zakres usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi:**

**1) Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia , w tym zwłaszcza:**

a) kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:

 - samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętności utrzymania i prowadzenia domu,

 - dbałość o higienę i wygląd,

- utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społeczności lokalną,

 - wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,

 - korzystanie z usług różnych instytucji;

b) interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:

- pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych – poradnictwo specjalistyczne,

 interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,

- ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,

- doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,

 - kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi

 - współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej,

c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:

 - w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,

 - w wypełnieniu dokumentów urzędowych,

d) wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:

- w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach
i klubach integracji społecznej, klubach pracy,

 - w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,

 - w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,

 - w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku,

e) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:

 - nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków,

 - pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach,

 - zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe;

**2) piel**ę**gnacja – jako wspieranie procesu leczenia, w tym:**

a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,

 b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,

 c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,

 d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych

 ich stosowania,

 e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu

 środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w

 utrzymaniu higieny,

 f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,

 g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

**3) rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobj**ę**tym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o** ś**wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze** ś**rodków publicznych :**

a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub

 fizjoterapii,

b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i

 edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby

 korzystającej ze specjalistycznych usług;

**4) pomoc mieszkaniowa, w tym:**

 a) w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat,

 b) w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych,

c) kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem

 domu;

**5) zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach,**

**jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**

**2. Wymagania wobec pracowników Wykonawcy:**

**a)** specjalistyczne usługi będą świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu:

 - pracownika socjalnego,

 - psychologa,

 - pedagoga,

 - terapeuty zajęciowego,

 - pielęgniarki,

 - asystenta osoby niepełnosprawnej,

 - specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej,

 - fizjoterapeuty.

**b)** osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż pracy w jednej z następujących jednostek:

 - szpitalu psychiatrycznym,

 - jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

 - placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym,

 - ośrodku terapeutyczno – edukacyjno - wychowawczym,

 - zakładzie rehabilitacji,

- innej jednostce niż wymienione wyżej świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

**c)** w uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby,

 które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe określone w pkt.5 a,

posiadają co najmniej roczny staż pracy w jednostkach, o których mowa w pkt. 5 b i mają zapewnioną możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi, posiadającymi wymagane kwalifikacje.

**d)** osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać udokumentowane przeszkolenie i doświadczenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług.

**3. Obowiązki Wykonawcy usługi.**

a) Wykonawca będzie świadczył usługi na podstawie kopii indywidualnych decyzji administracyjnych przekazywanych przez Zamawiającego, precyzujących zakres usług, termin rozpoczęcia i zakończenia, wymiar godzin oraz odpłatność za usługę ze strony usługobiorcy.

b) W wyjątkowych przypadkach możliwe jest zlecenie usługi telefonicznie lub przesłanie zlecenia

wykonania usług faksem. Zlecenie takie zostanie następnie potwierdzone decyzją administracyjną

c) Wykonawca zobowiązany jest przystąpić do realizacji usługi w ciągu 2 dni od daty otrzymania

zlecenia, kierując do ich wykonania osoby o odpowiednim przygotowaniu zawodowym.

d) Wykonawca jest zobowiązany do zachowania odpowiedniej jakości i terminowości świadczonych usług.

e) Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania tajemnicy służbowej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz ustawą o ochronie danych osobowych

f) Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji świadczonych usług w formie:

- kart realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych z podpisami klientów, potwierdzających czas pracy opiekunów,

- sprawozdań z realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych, dołączanych do comiesięcznego rozliczenia usług,

- kart funkcjonowania społecznego podopiecznego, aktualizowanych raz na kwartał.

g) Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu rozliczenia za każdy miesiąc świadczonych usług, do 10 dnia następnego miesiąca, w formie faktury wraz z załącznikami:

***-szczegółowe rozliczenie usług***, zawierające:

a) imienny wykaz osób, którym świadczono usługi,

b) nr decyzji administracyjnej przyznającej usługi,

c) miesięczną liczbę godzin usług przyznanych decyzją administracyjną

d) miesięczną liczbę godzin usług faktycznie wykonanych

***-rozliczenie zbiorcze***, zawierające:

a) rodzaj usług,

b) liczbę osób objętych pomocą,

c) łączną liczbę godzin wykonanych usług,

***-wykaz osób, u których usługi nie były świadczone*** zgodnie z decyzją, z podaniem przyczyn

 uniemożliwiających realizacje usług w pełnym zakresie.

h) Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez pracowników w związku z wykonywaniem usług.

**ZAŁĄCZNIK nr 3 do umowy**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**ROZLICZENIE**

Dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Nysie za wykonanie usług specjalistycznych w okresie

od dnia ……………………………… do dnia ……………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Nr decyzji administracyjnej | Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną | Liczba godzin usług wykonanych w miesiącu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Razem**  |  |

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

 …………………………………………………………………………………………………

 ( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK nr 4 do umowy**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**ROZLICZENIE - ZESTAWIENIE ZBIORCZE**

Dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Nysie za wykonanie usług specjalistycznych w okresie

od dnia ……………………………… do dnia ……………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj usługi  | Liczba podopiecznych objętych pomocą  | Łączna liczba godzin wykonanych usług  | Stawka za godzinę usługi brutto w zł. | Wartość usług brutto w zł. |
| Usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi  |  |  |  |  |

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

 …………………………………………………………………………………………………

 ( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK nr 5 do umowy**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB,**

**u których nie były świadczone specjalistyczne usługi opiekuńcze zgodnie
z decyzją administracyjną w miesiącu ……………………. 2020 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  | Okres / data  | Przyczyny nie wykonania usług zgodnie z decyzją administracyjną  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 …………………………………………………………………………………………………

 ( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

 **ZAŁĄCZNIK nr 6 do umowy**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko, adres osoby objętej specjalistycznymi usługami opiekuńczymi |  |
| Wymiar godzin usług miesięcznie |  |

**KARTA REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH NA TERENIE MIASTA I GMINY NYSA**

|  |  |
| --- | --- |
| Usługi świadczone przez opiekuna(Imię i nazwisko) |  |
| W miesiącu (2019r.) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data usługi  | Godziny wizyt od …. do ….. | Ilość godzin  | Podpis usługobiorcy  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 …………………………………………………………………………………………………

 ( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK nr 7 do umowy**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**w miesiącu ……………………….. 2020 r. dla OPS Nysa**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko, adres osoby objętej specjalistycznymi usługami opiekuńczymi(usługobiorcy) |  |
| Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi  |  |
| Liczba godzin usług zrealizowanych ( w tym częstotliwość wizyt w tygodniu) |  |
| Ocena stanu psychicznego usługobiorcy, stosunek do leczenia w trakcie realizacji usług  | Nastrój, napęd, zaburzenia myślenia, itp. |  |
| Przyjmowanie leków, iniekcji, |  |
| Kontakt z PZP |  |
| Hospitalizacja  |  |
| Ocena funkcjonowania społecznego usługobiorcy  | Dbałość o higienę i wygląd  |  |
| Utrzymanie porządku w mieszkaniu  |  |
| Gospodarowanie własnymi środkami finansowymi |  |
| Kontakty interpersonalne ( z rodziną , sąsiadami itp.) |  |
| Sprawy urzędowe  |  |
| Inne  |  |
| Działania podejmowane z usługobiorcą w trakcie trwania specjalistycznych usług opiekuńczych (zgodnie z zakresem objętym przedmiotem zamówienia – należy wymienić) |  |
| Nastawienie usługobiorcy do współpracy z opiekunem |  |
| Trudności i problemy w realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych uwagi  |  |

…………………………………………………………………………………………………

 ( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK nr 8 do umowy**

**KARTA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO PODOPIECZNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika Wykonawcy  |  |
| Imię i nazwisko podopiecznego  |  |
| Adres podopiecznego  |  |
| 1. **Ocena funkcjonowania społecznego**
 |  |
| **2. Diagnoza problemowa** |  |
| **3.Cele rehabilitacji społecznej** |  |
| **4. Plan działań terapeutycznych** |  |
| **5.Realizacja planu** |  |
| **Data**  |  |

Wykonawca prowadzi kartę wypełniając ją w ciągu miesiąca od daty objęcia pac jęta opieką i aktualizuje raz na kwartał.

Karta na stałe znajduje się w dokumentacji podopiecznego (usługobiorcy) w siedzibie Zamawiającego . Zamawiający (osoby upoważnione) i wykonawca (zespół terapeutyczny) spotykają się raz na kwartał w celu omówienia spraw podopiecznych i organizacyjnych.

**Załącznik Nr 3 do SIWZ - Formularz oferty**

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

 (miejscowość i data )

|  |  |
| --- | --- |
| ..................................................... Nazwa Wykonawcy  | Adres ....................................................................... ……................................................................. telefon ............................... faks ...............................  E-mail ....................................................................... |
| .......................................................... Nazwa Wykonawcy  | Adres ....................................................................... ……................................................................. telefon ............................... faks ............................... E-mail ....................................................................... |
| **Pełnomocnik**(dotyczy Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienia) |  |

**O F E R T A**

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Nysie**

 **ul. KEN 1A, 48-303 Nysa**

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w trybie przetargu nieograniczonego oferujemy wykonanie zamówienia, przedmiotem którego jest **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania.**

Za realizację przedmioty zamówienia oferujemy :

|  |  |
| --- | --- |
| **Cenę brutto 1 godziny świadczenia usług objętych przedmiotem zamówienia** | ……………………………………………………………………………. zł słownie ………………………..…………………………………………………. |

Oświadczamy, że powyższa cena zawiera wszystkie koszty jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty, cena ta nie ulegnie zmianie w trakcie umowy, bez względu na ilość godzin objętych przedmiotem zamówienia.

Przedmiot zamówienia wykonamy **w terminie określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**

Oświadczamy, że **zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru umowy**, załączonym do specyfikacji istotnych warunków zamówienia, **akceptujemy bez zastrzeżeń przedmiotowe postanowienia, w tym warunki płatności** i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszym wzorem i naszą ofertą.

Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na **czas wskazany w SIWZ.**

Oświadczamy, że przyjmujemy **warunki realizacji zamówienia określone w SIWZ i w wyjaśnieniach do SIWZ.**

**Oświadczamy, że będziemy dysponować lokalami do treningu umiejętności społecznych, integracji sensorycznej, logopedii, fizjoterapii na terenie miasta Nysy.**

Oferta została złożona na ............ stronach parafowanych i kolejno ponumerowanych od nr ................. do

nr........................

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1)...........................

2)...........................

3)...........................

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

( podpis wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

 **Załącznik Nr 4 do SIWZ – oświadczenie**

**potwierdzające spełnienie warunków**

**udziału w postępowaniu**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca:  | Zamawiający:**Ośrodek Pomocy Społecznej w Nysie****ul. KEN 1A, 48-303 Nysa** |

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

##### Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania”.**

oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w   punkcie 5 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w punkcie 5 specyfikacji istotnych warunków zamówienia*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………………….

...………………………………………………………………………………………..……………………….……………………., w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik Nr 5 do SIWZ – oświadczenie**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z**

**postępowania**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca:  | Zamawiający:**Ośrodek Pomocy Społecznej w Nysie****ul. KEN 1A, 48-303 Nysa** |

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

##### Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania”.**

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. [UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………..…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………..…………

………………………………………………………………………………..…………………...........…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik Nr 6 do SIWZ – wykaz usług**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ USŁUG**

##### Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania**

przedkładam/my wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te dostawy zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest
w stanie uzyskać tych dokumentów- oświadczenie wykonawcy;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zamawiający/odbiorca na rzecz którego wykonano zamówienie  | Przedmiot zamówienia/ zakres usługi (ilość godzin)  | Data wykonania | Wartość zamówienia brutto  |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

Oświadczam/my\*, że:

a) poz. ………… wykazu stanowi doświadczenie Wykonawcy/Wykonawców\* składającego ofertę,

b) poz. …………… wykazu jest doświadczeniem innych podmiotów, których zasoby zostaną oddane nam do dyspozycji na zasadach określonych w art. 26 ust 2b ustawy Prawo zamówień publicznych, na potwierdzenie czego załączam/y\* w szczególności pisemne zobowiązanie o którym mowa w SIWZ

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

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik Nr 7 do SIWZ – wykaz osób**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB**

##### Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania**

**przedkładam/my wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych dla wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  | **Wykształcenie (SIWZ punkt 3. ppkt.5a )**  | **Doświadczenie (SIWZ punkt 3. ppkt.5b )** | Zakreswykonywanychczynności przyrealizacji zadania | informacja o podstawie dodysponowania osobą |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Jednocześnie oświadczam/my, że zgodnie z § 3 ust.4  ROZPORZĄDZENIA MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych - osoby, wskazane powyżej do świadczenia specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi: - posiadają przeszkolenie i doświadczenie w zakresie: 1) umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań; 2) kształtowania nawyków celowej aktywności; 3)prowadzenia treningu zachowań społecznych**

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

…………………………………………………………………………………………………

 ( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

**UWAGA**

**Osoby wskazane do realizacji zamówienia muszą spełniać warunki określone w punkcie 3 ppkt.5 a i b SIWZ.**

**Załącznik Nr 8 do SIWZ – wykaz lokali**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**Wykaz lokali wymienionych w ofercie wraz z informacją o prawie do ich dysponowania**

##### Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania**

**przedkładam/my wykaz lokali wraz z informacją o prawie do ich dysponowania – lokale do treningu umiejętności społecznych, integracji sensorycznej, logopedii, fizjoterapii na terenie miasta Nysy, do realizacji zamówienia publicznego**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacja o prawie do dysponowania lokalem**  | **Okres od kiedy Wykonawca dysponuje lokalem** | **Zakres****wykonywanych****czynności przy****realizacji zadania** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

…………………………………………………………………………………………………

 ( podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik Nr 9 do SIWZ – oświadczenie o przynależności**

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Ustawy Pzp**

##### Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
w ich miejscu zamieszkania”**

oświadczam, że na dzień składania ofert jako wykonawca:

 **nie należę\*** do grupy kapitałowej\*\*, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2018r.poz.798,650,1637 i 1669)

 **należę\*** do grupy kapitałowej\*\*, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr z 2018r, poz.798,650,1637 i 1669).), w której skład wchodzą następujące podmioty:

 1)………………………………………………………………………………………………

 2)………………………………………………………………………………………………

*( lub lista w załączeniu)*

*W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

(miejscowość i data )

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

podpis osoby/ osób / uprawnionej /nych / do reprezentowania Wykonawcy

**Uwaga**

**Oświadczenie wykonawca składa w terminie określonym w punkcie 6.3 SIWZ**

***\*****niepotrzebne skreślić*

**\*\****zgodnie z art. 4 pkt. 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr z 2018r, poz.798, 650,1637 i 1669.)przez grupę kapitałową rozumie się wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę.*

**Załącznik Nr 10 do SIWZ**

………………………..

(pieczęć firmy, nazwa)

**OŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU Z PODATKIEM I OPŁATAMI**

**dot. Specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Ustawy z dnia
6 czerwca1997 r. Kodeks Karny oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem podatków i opłat lokalnych ( Dz. U. 2016 poz. 716).

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

(miejscowość i data )

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

podpis osoby/ osób / uprawnionej /nych / do reprezentowania Wykonawcy

***Załącznik nr 11 do SIWZ***

*Oświadczenie wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**…………………………………………………..
(podpis Wykonawcy)**

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

 **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z [art. 13](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgm2tsnrrguytsltqmfyc4mzuhaztimztgq) -14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) [2016/679](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgm2tsnrrguyts) z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy [95/46/WE](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrvgaytgnbsge4a) (RODO), informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Nysie, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1A 48-303 Nysa tel. 77 447 23 70.

Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych to Ośrodek Pomocy Społecznej w Nysie, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1A 48-303 Nysa tel.774472370 e-mail iod@ops-nysa.plmail

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b-e unijnego rozporządzenia RODO w celu realizacji zadań własnych lub statutowych wynikających ze szczegółowych przepisów prawa lub zawartych umów.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w szczegółowych przepisach prawa, dla zachowania celów archiwalnych.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art.18 ust 2 RODO .

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, lub umownym, a w szczególnych przypadkach ich podanie jest warunkiem zawarcia umowy.

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane uprawnionym organom na podstawie przepisów prawa.

W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, nie będą profilowane.