



FORMULARZ OFERTOWY KANDYDATA DO REALIZACJI FORMY WSPARCIA
Trening Umiejętności Społecznych i Komunikacyjnych
W PROJEKCIE "DZIELNY SAMODZIELNY" 2021-2024

1. Dane Oferenta: Imię i nazwisko/firma _____

2. Adres /kod, miejscowość, ulica, nr domu, lokalu: _____

3. NIP/jeśli dotyczy – podmioty gospodarcze: _____

4. Pesel /jeśli dotyczy – osoby fizyczne: _____

5. Numer telefonu, adres e-mail: _____

Oferent oświadcza, że:

1. posiada / nie posiada * aktualne uprawnienia: dyplomy potwierdzające wykształcenie kierunkowe lub inne uprawniające do realizacji zadania: _____

2. posiada / nie posiada doświadczenie do realizacji zadania, jeśli tak, proszę wymienić jakie i przez jaki czas były wykonywane: _____

b. posiada / nie posiada minimum roczne doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym w szczególności w pracy z osobami cierpiącymi na schorzenia: autyzm, Zespół Downa, DMP, rozszczep kręgosłupa, przepukliną oponowo-rdzeniową, stwardnieniem guzowatym, opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami ze schorzeniami rzadkimi (wadami genetycznymi) oraz z osobami po przebytych udarach mózgu i innych schorzeniach genetycznych oraz nabytych: _____



Oferent deklaruje:

a) realizację formy wsparcia poprzez prowadzenie zajęć z (podać liczbę) _____ uczestnikami projektu/grupami w łącznym wymiarze godzin rocznie _____ miesięcznie _____

b) cena brutto za 1 godzinę udzielonego wsparcia: _____

c) osobiste prowadzenie zajęć z beneficjentami projektu/grupami w formie zatrudnienia:

UMOWA ZLECENIE* SAMOZATRUDNIENIE* INNA* jaka _____

d) wymiar czasu pracy, liczba dni w tygodniu oraz godziny zatrudnienia:

poniedziałek od godz. _____ do godz. _____
wtorek od godz. _____ do godz. _____
środa od godz. _____ do godz. _____
czwartek od godz. _____ do godz. _____
piątek od godz. _____ do godz. _____
sobota od godz. _____ do godz. _____

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych Kandydata dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji na Podstawie Rozporządzenia 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) art 6 ust 1 lit a, w tym informacji zawartych w dokumentacji niezbędnej do realizacji projektu.

miejsowość, data

czytelny podpis składającego formularz ofertowy

WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Lp.	Parametry zajęć	Wymagania Zamawiającego
1.	Wykonawca	Odpowiedzialny za - przygotowanie szczegółowych programów i harmonogramu zajęć w uzgodnieniu z Zamawiającym, - szczegółowy program pracy zostanie utworzony dla każdej grupy na podstawie analizy potrzeb jej beneficjenta - realizację merytoryczną grupowej formy wsparcia - prowadzenie dokumentacji z zakresu prowadzonych zajęć.
2.	Liczba godzin	Łączna liczba godzin pracy w I etapie – 160 h. Dopuszcza się częściową możliwość realizacji formy wsparcia.
3.	Założenia terapii	Opis terapii: Forma wsparcia jest skierowana do grup dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym, bez względu na rodzaj i stopień niepełnosprawności. Adresatami formy wsparcia nie będą osoby, które z uwagi na głębokie dysfunkcje pozostają w tzw. „ciszy komunikacyjnej” tj.

		<p>nie wykazują oznak jakiegokolwiek interakcji. Zadania grupowe są dedykowane ON, które posiadają predyspozycje do społecznej komunikacji lub zostały do niej przygotowane w indywidualnej pracy i wykazują chęć interakcji społecznej.</p> <p>Celem jest zmiana nawyków beneficjentów uczestniczących w formie wsparcia z nieakceptowalnych społecznie na te, które są akceptowalne. Nabycie umiejętności czekania na swoją kolej, zadawania pytań, komunikowania potrzeb, współpraca z innymi osobami, adekwatne do sytuacji zachowanie w grupie i podporządkowanie się regułom społecznym. Beneficjent potrafi nawiązać rozmowę i ją podtrzymać, samo reguluje swoje emocje, zmniejsza się agresja, wzrasta samoocena. Tym samym integruje się z rówieśnikami, i staje się bardziej samodzielny.</p>
4.	Harmonogram zajęć terapeutycznych i organizacja zajęć.	<p>Zamawiający wymaga, by zadeklarowana w Formularzu ofertowym liczba zajęć terapii przez Wykonawcę wykonana była w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31.03.2022r. obejmowała:</p> <p>Zajęcia odbywać się będą w godzinach otwarcia placówki fundacji tj. w godz. 7.00-19.00 od poniedziałku do piątku, oraz od 7.00 do 19.00 w soboty, w dniach i godzinach dostosowanych do indywidualnych możliwości i potrzeb beneficjentów projektu.</p>
5.	Termin realizacji	Termin realizacji zamówienia od dnia podpisania umowy do 31.03.2022r.
6.	Miejsce realizacji	Fundacja „Stella” im. Agaty Orłowskiej
7.	Forma zaangażowania	umowa cywilnoprawna, umowa współpracy
8.	Osoba/osoby realizująca/realizujące usługę	<p>a. posiada/posiadają kwalifikacje do wykonania usługi prowadzenia formy wsparcia projektu potwierdzone dyplomami lub certyfikatami lub zaświadczeniami lub innym dokumentem uprawniającym go do wykonania realizacji zadań oferty, w tym:</p> <p>1. dyplomy potwierdzające: wykształcenie kierunkowe lub inne uprawniające do prowadzenia formy wsparcia;</p> <p>a. posiada minimum roczne doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym w szczególności w pracy z osobami cierpiącymi na schorzenia: autyzm, Zespół Downa, DMP, rozszczep kręgosłupa, przepukliną oponowo-rdzeniową, stwardnieniem guzowatym, opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami ze schorzeniami rzadkimi (wadami genetycznymi) oraz z osobami po przebytych udarach mózgu i innymi schorzeniami genetycznymi oraz nabytymi.</p>
9.	Dodatkowe informacje	<p>Negocjacje z Oferentami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zamawiający zastrzega sobie prawo do negocjacji z Oferentem, którego oferta zostanie wybrana, jako najkorzystniejsza oraz prawo do odstąpienia od zlecenia zamówienia, w przypadku niezyskania porozumienia w toku prowadzonych negocjacji; - Zamawiający jest uprawniony do wyboru kolejnej najkorzystniejszej oferty w przypadku, gdy Oferent, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą, odmówi wykonania zlecenia lub gdy podpisanie zlecenia z takim oferentem stało się niemożliwe z innych przyczyn; - Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania zaproszenia i/lub odstąpienia od ewentualnych negocjacji bez podania przyczyny. Z tego tytułu

		<p>Oferentowi nie przysługują żadne roszczenia wobec Zamawiającego.</p> <p>Odrzucenie Oferty:</p> <p>Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treść oferty nie będzie zgodna z treścią niniejszego ogłoszenia o naborze; - została złożona po terminie ustalonym w niniejszym ogłoszeniu, jako termin końcowy składania Ofert. <p>Pozostałe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zamawiający zastrzega sobie prawo do modyfikacji ogłoszenia przed terminem składania ofert oraz unieważnienia postępowania na każdym etapie postępowania bez podania przyczyny; - Zamawiający poinformuje Oferenta, którego oferta wybrana zostanie, jako najkorzystniejsza, o fakcie wyboru Oferty.
--	--	--

Zapoznałem/łam się / nie zapoznałem/łam* się z założeniami formy wsparcia (opis zamieszczono poniżej).

Jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia niniejszym oświadczam, że oferowane przeze mnie usługi spełniają wszystkie wymagania Zamawiającego opisane w powyższej tabeli i zobowiązuję się do wykonania zamówienia zgodnie z tymi wymaganiami.

....., dnia-.....-2021 r.....
(miejscowość) (podpis Wykonawcy))

***niepotrzebne skreślić**

Fundacja Stella im. Agaty Orłowskiej oświadcza, że Formularz Ofertowy posłuży, jako podstawa do przydzielenia zadań projektu do realizacji przez najodpowiedniejszych kandydatów.

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Kandydat oświadcza, że: w okresie co najmniej jednego roku przed złożeniem wniosku współpracował w sposób ciągły lub powtarzalny, był/nie był zatrudniony*, świadczył cyklicznie usługi terapeutyczne/rehabilitacyjne/treningowe na rzecz Fundacji i jej podopiecznych/pacjentów, również w formie wolontariatu.

Jeśli tak proszę podać datę od kiedy

Kandydat oświadcza, że jest/nie jest* członkiem Rady i/lub Zarządu Fundacji Stella im. Agaty Orłowskiej. Kandydat oświadcza, że jest/nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo ze Zleceniobiorcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zleceniobiorcy lub osobami wykonującymi w imieniu Zleceniobiorcy czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:

- 1) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 2) 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.

Miejscowość, data: _____

czytelny podpis składającego oświadczenie

**niepotrzebne skreślić*