



FORMULARZ OFERTOWY KANDYDATA DO REALIZACJI FORMY WSPARCIA
Terapia Ruchowa
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 każdego beneficjenta na podstawie analizy jego potrzeb (IPD), - realizację merytoryczną indywidualnej formy wsparcia, - prowadzenie dokumentacji z zakresu prowadzonych zajęć. |
| 2. | Liczba godzin | Łączna liczba godzin pracy w I etapie – 3070 h. Dopuszcza się możliwość częściowej realizacji formy wsparcia. |
| 3. | Założenia terapii | Opis terapii: Forma wsparcia ma na celu rozwijanie zainteresowań beneficjenta otaczającym go światem, rozumienia go i przyjmować bez lęku, prawidłowe odbieranie bodźców płynących z otoczenia, wspomaganie rozwoju psychoruchowego beneficjenta, poprzez wielozmysłową stymulację, budowanie pewności i precyzyjności ruchowej, przełamywanie lęku i oporu |

| | | |
|----|--|--|
| | | <p>przed samodzielnym przemieszczaniem się i wykonywaniem czynności samoobsługowych, podnosząc komfort życia beneficjenta.</p> <p>Założeniem jest realizacja formy wsparcia na podłożu</p> <p>1. stymulacji polisensorycznej z wykorzystaniem metod opartych na gruncie pedagogiki specjalnej, Integracji Sensorycznej poprzez wielozmysłową psychostymulację z elementami terapii behawioralnej (SI) z wykorzystaniem snoezelen czyli sali doświadczania świata, niedyrektywnej terapii zabawowej czyli podążania za dzieckiem.</p> <p>2. terapia ruchowa poprzez zabawę i relaksację.</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 Oferentowi nie przysługują żadne roszczenia wobec Zamawiającego. <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*