Załącznik nr 5

WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA

|  |
| --- |
| Panel grupowy - wsparcie psychologiczne dla maksymalnie 45 uczestników projektu (dzieci, młodzieży i dorosłe osoby, w tym niepełnosprawne) w 9 grupach po 5 osób. |
| Kod i nazwa według Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) | 85312500-4 – usługi rehabilitacyjne |
| Lp. | Parametry zajęć | Wymagania Zamawiającego |
| 1. | Wykonawca | Odpowiedzialny za• przygotowanie szczegółowego programu i harmonogramu zajęć w uzgodnieniu z Zamawiającym,• realizację merytoryczną grupowych zajęć psychologicznych dla maksymalnie 45 uczestników projektu (dzieci, młodzieży i dorosłe osoby, w tym niepełnosprawne) w 9 grupach po 5 osób,• prowadzenie dokumentacji z zakresu prowadzonych zajęć. |
| 2. | Liczba godzin | W ramach projektu wsparcie w Panel grupowy - wsparcie psychologiczne dla maksymalnie 45 uczestników projektu (dzieci, młodzieży i dorosłe osoby, w tym niepełnosprawne) w 9 grupach po 5 osób tj. 36h każda grupa w rokuŁącznia liczba godzin w Panel grupowy - wsparcie psychologiczne dla maksymalnie 45 uczestników projektu (dzieci, młodzieży i dorosłe osoby, w tym niepełnosprawne) w 9 grupach po 5 osób 324.W ramach zamówienia 1 godzina stanowi 60 minut. |
| 3. | Założenia terapii | Wsparcie rodzin i rodzin dysfunkcyjnychw odnalezieniu siebie w roli rodzica dziecka niepełnosprawnego, niesamodzielnego, jak również rodzeństwa i odwrotnie. Zaakceptowanie odmienności własnej rodziny , podejmowanie próby integracji społecznej, łamanie barier stworzonych przez otoczenie, ale również i tych, które sami budują. Uczenie zaradności życiowej, wzmocnienie postaw spolecznie akceptowalnych, poprawa samooceny i kształtowanie potrzeb uczenia się, doskonalenia zawodowego i uczestnictwa w rynku pracy. |
| 4.  | Harmonogram zajęć terapeutycznych i organizacja zajęć. | Zamawiający wymaga, by zadeklarowana w Formularzu oferty liczba zajęć terapii w Panel grupowy - wsparcie psychologiczne dla maksymalnie 45 uczestników projektu przez Wykonawcę niniejszego przedmiotu zamówienia w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31 października 2021 roku obejmowała:• Całość realizacji zamówienia tj. 324 godziny w okresie realizacji projektu, co daje średniomiesięcznie 10 godzin w miesiącu.• Częściowa realizacja zamówienia tj. nie mniej niż 162 godzin w okresie realizacji projektu, co daje średniomiesięcznie 5 godzin w miesiącu.Zajęcia odbywać się będą w godzinach otwarcia placówki tj. w godz. 7.00-21.00 od poniedziałku do soboty, w dniach i godzinach dostosowanych do indywidualnych możliwości i potrzeb Uczestników projektu.Termin realizacji zamówienia od dnia podpisania umowy do 31.10.2021r. Oferent zobowiązany jest do wskazania w Formularzu oferty deklarowanej liczby zajęć terapii w Panel grupowy - wsparcie psychologiczne dla maksymalnie 45 uczestników projektu (dzieci, młodzieży i dorosłe osoby, w tym niepełnosprawne) w 9 grupach po 5 osób, które zobowiąże się wykonać w okresie realizacji projektu. Liczba godzin terapii może się różnić w poszczególnych miesiącach w zakresie +/- 50 % zadeklarowanej liczby godzin z zastrzeżeniem, iż łączna ilość wykonanych godzin będzie zgodna z zadeklarowaną w formularzu ofertowym.Zamawiający zapewnia lokal oraz niezbędny sprzęt do wykonania przedmiotu zamówienia. |
| 5. | Termin realizacji | Termin realizacji zamówienia od dnia podpisania umowy do 31.10.2021r |
| 6. | Miejsce realizacji | Fundacja „Stella” im. Agaty Orłowskiejul. Cicha 27, ul. Lubelska 36B21-100 Lubartów |
| 7. | Forma zaangażowania | umowa cywilnoprawna, umowa współpracy  |
| 8. | Osoba/osoby realizująca/realizujące usługę Panel grupowy - wsparcie psychologiczne dla maksymalnie 45 uczestników projektu (dzieci, młodzieży i dorosłe osoby, w tym niepełnosprawne) w 9 grupach po 5 osób | Warunek zostanie uznany za spełniony jeżeli Wykonawca wykaże, że w czasie realizacji zamówienia osobiście wykona zlecenie oraz że spełnia następujące kryteria:a. posiada kwalifikacje potwierdzone certyfikatami, dyplomami, zaświadczeniami itp. uprawniające go do wykonania realizacji zadań oferty.b. posiada minimum dwuletnie doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym w szczególności w pracy z osobami cierpiącymi na schorzenia: autyzm, Zespół Downa, DMP, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, z wadami mowy i słuchu. Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami ze Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami ze schorzeniem rzadkimi (wadami genetycznymi) w tym w szczególności chorobą pęcherzowego oddzielania się naskórka oraz z osobami po przebytych udarach mózgu. |
| 9. | Dodatkowe informacje | Negocjacje z Oferentami:- Zamawiający zastrzega sobie prawo do negocjacji z Oferentem, którego oferta zostanie wybrana, jako najkorzystniejsza oraz prawo do odstąpienia od zlecenia zamówienia, w przypadku nieuzyskania 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. Odrzucenie Oferty:Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli: - treść oferty nie będzie zgodna z treścią niniejszego ogłoszenia o naborze; - została złożona po terminie ustalonym w niniejszym ogłoszeniu, jako termin końcowy składania Ofert. Pozostałe:- 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.  |

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 ......-......-2019 r.……….……………………..............................................

( miejscowość) (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej prawnie)