



FORMULARZ OFERTOWY KANDYDATA DO REALIZACJI FORMY WSPARCIA
Rozwijanie kompetencji psychospołecznych 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

Trening Rozwijania Zdolności i Wykorzystania Potencjału		
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). Programy pracy mogą się różnić dla poszczególnych beneficjentów, jednak cel programowy projektu pozostaje zgodny z celem głównym formy wsparcia, a indywidualny plan pracy musi się w nim zawierać. - realizację merytoryczną grupowej formy wsparcia - prowadzenie dokumentacji z zakresu prowadzonych zajęć.
2.	Liczba godzin	3100 godzin zegarowych.
3.	Założenia terapii	Opis terapii: Celem formy wsparcia jest uczenie beneficjentów ze szczególnymi dysfunkcjami rozwoju umiejętności komunikowania swoich potrzeb w sposób zrozumiały dla otoczenia oraz odbierania, odczytywania

		<p>i rozumienia przez beneficjentów komunikatów wysyłanych przez to otoczenie. Nabywanie przez beneficjentów kompetencji zdolność posługiwania się odpowiednimi środkami językowymi oraz zachowaniami niewerbalnymi, dostosowanymi do ich możliwości, za pomocą których będą zdolni do prowadzenia dialogu społecznego.</p> <p>Indywidualne treningi będą realizowane na podstawie personalnych programów terapii, która będzie opierała się na głównych założeniach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wspieranie sfery emocjonalno-społecznej, 2. wspieranie sfery poznawczej, 3. rozwój mowy czynnej i biernej; 4. usprawnianie aparatu mowy; 5. usprawnianie funkcji słuchowych; 6. rozwijanie komunikacji niewerbalnej; 7. komunikacja za pomocą AAC; 8. poprawa wymowy/artykułacji; 9. różnicowanie wypowiedzi pod względem prozodycznym; prawidłowe tempo, rytm mowy; kontur melodyjny i intonacyjny wypowiedzi; 10. nauka rozumienia komunikatów językowych; 11. nauka nadawania komunikatów językowych zrozumiałych dla otoczenia; 12. rozwijanie aspektu gramatycznego, składniowego i leksykalnego wypowiedzi 13. usprawnianie funkcji pokarmowych; 14. usprawnianie funkcji oddechowych.
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 31.02.2022r.
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> <ol style="list-style-type: none"> 1. dyplomy potwierdzające: wykształcenie kierunkowe lub inne uprawniające do prowadzenia usprawniania w wodzie; 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.
9.	Dodatkowe informacje	<p>Negocjacje z Oferentami:</p> <p>- 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</p>

	<p>prowadzonych negocjacji;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: 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))

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*