Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Pełna nazwa Wykonawcy

…………………………………………………..

…………………………….........................

…………………………………………………..

…………………………………………………..

Adres

……………………………………………...

……………………………………………...

Tel. ……………………………………....

E-mail …………………………………...

REGON …………………………………

NIP ……………………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

 W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie na usługi „ **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób
z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania położonym na terenie gminy Dąbrowa**
**w okresie od października 2025r. do grudnia 2025r.**

oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zadania** | **j.m.****1 godzina (1h)** | **Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę (1h)** | **Łączna cena brutto za realizację zamówienia (kolumna C x kolumna D = kolumna E)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** |
| **1** | **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania położonym na terenie gminy Dąbrowa** |  |  |  |

**Doświadczenie Wykonawcy w świadczeniu usług (proszę postawić „X” przy właściwej odpowiedzi)**

- od 3 miesięcy do 6 miesięcy
- powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy
- powyżej 12 miesięcy do 18 miesięcy

- powyżej 18 miesięcy

**Oświadczenia i zobowiązania Wykonawcy**

1. Zaoferowana wyżej cena jednostkowa i cena łączna zawiera wszystkie koszty składające się na realizację przedmiotu niniejszego zamówienia.
2. Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem wszelkie informacje potrzebne do właściwego opracowania oferty oraz do należytego wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że jestem związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.
4. Zawarty w zapytaniu ofertowym projekt umowy (zał. nr 5) został przeze mnie zaakceptowany i w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na tych warunkach w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Spis załączników do oferty:

………….………dnia…………….

 …………………………………………………..

Podpis wykonawcy lub osoby uprawnionej

Załącznik nr 2 do zapytanie ofertowego

**Nazwa i adres WYKONAWCY**

……………………………………………
……………………………………………
NIP……………………………………..

REGON…………………………………..

Nr telefonu………………………………

Adres e-mail ……………………………….

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WYMAGANYCH WARUNKÓW
I NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia naświadczenie **specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania położonym na terenie gminy Dąbrowa,**

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) …………………………………………..

działając w imieniu swoim/reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że:

1. Posiadam/posiadamy uprawnienia do świadczenia usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania
2. Posiadam/ posiadamy wiedzę i doświadczenia niezbędne do wykonywania zamówienia.
3. Dysponuję/dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
4. Znajduję się/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Nie podlegam wykluczeniu (w oparciu o przesłanki, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz. U. Z 2024 poz. 1320)

**……………………………………………….**

(data i podpis)

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

(pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB**

**Przekładam wykaz osób, którymi dysponuje do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania na terenie gminy Dąbrowa w okresie od października 2025r. do grudnia 2025r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe/ uprawnienia/wykształcenie | Doświadczenie zawodowe/liczba miesięcy pracy na danym stanowisku/ | Zakres wykonywanych czynności | Informacja o podstawie do dysponowania osobą |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Dabrowa, dnia ……………………………

……………………………………………….

**Podpis Wykonawcy**

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE O ZGODZIE
NA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany ………………………………………………………………………………

na podstawie art.6 ust. 1 lit. c RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych)

**wyrażam zgodę**

na przetwarzanie moich danych przez Gminny Ośrodek pomocy Społecznej w Dąbrowie w celu realizacji zamówienia publicznego dotyczącego wykonania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania położonym na terenie gminy Dąbrowa.

Powyższa zgoda dotyczy wszystkich złożonych dokumentów związanych z procedurą przeprowadzenia zamówienia.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie, ul. Szkolna 13, 88-306 Dąbrowa, tel. 52 318 62 10, e-mail: gops@ug-dąbrowa.pl

……………………………

 (data i podpis)

Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

**UMOWA Nr …….2025**

na świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania położonym na terenie gminy Dąbrowa w 2025 roku.

zawarta w dniu ………………………………. roku w Dąbrowie pomiędzy:

Gminą Dąbrowa

ul. Kasztanowa, 88-306 Dąbrowa: NIP 577-16-48-518 – nabywcą,

Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Dąbrowie,

ul. Szkolna 13, 88-306 Dąbrowa – odbiorcą, będącym jednostką organizacyjną Gminy

Dąbrowa zwaną w dalszej części umowy „Zamawiającym”

reprezentowaną przez Wójta Gminy Dąbrowa – Agnieszkę Ziółkowską

przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Dąbrowa – Sławomir Majchrzak

a

…………………………………………..

………………………………………….

NIP ……………………………..

REGON …………………………………

zwanym w treści umowy „Wykonawcą”.

wybranym po przeprowadzeniu zapytania ofertowego prowadzone jest dla zamówienia publicznego o wartości nieprzekraczającej kwoty wskazanej w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.- Prawo zamówień publicznych, zwanej dalej ustawą "ustawa Pzp" (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320 ze zm.) na świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania położonym na terenie gminy Dąbrowa.

Pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą zostaje zawarta umowa następującej treści:

§ 1

Wykonawca oświadcza, że jest uprawniony do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

§ 2

* + - 1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi u osób wskazanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2024 r. poz. 816)
			2. Zamawiający sporządzi i dostarczy Wykonawcy zestawienie osób zgodnie z załącznikiem umowy, które są uprawnione na podstawie decyzji administracyjnej do korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych. Zestawienie będzie zawierało dane, które są niezbędne do prawidłowego wykonywania przedmiotu umowy. Zamawiający niezwłocznie będzie informował Wykonawcę o wszelkich zmianach.
1. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi wykonywane będą dla świadczeniobiorców Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie uprawnionych do korzystania z tych usług na podstawie decyzji administracyjnej.
2. Wykonawca zobowiązany jest do świadczenia usług po zapoznaniu się z treścią wykazu osób, na rzecz których świadczone będą usługi, a określonymi w decyzji o ich przyznaniu.
3. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania usług specjalistycznych przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zgodnie z załącznikiem nr 5. Zamawiający zastrzega prawo żądania wymiany specjalistów w przypadku stwierdzenia, że osoby wykonujące usługi nie posiadają lub utraciły odpowiednie kwalifikacje konieczne do ich wykonywania

§ 3

* + - 1. Szczegółowy zakres zamówienia obejmuje: specjalistyczne usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone w miejscu ich zamieszkania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2024 r. poz. 816) w szczególności:
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, prowadzenia treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wsparcie,

2) rehabilitacja fizyczna i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z2024 r. poz. 146, ze zm):

a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

b)współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego i edukacyjno – terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych

3) 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 ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917)

* + - 1. Liczba osób –

3. Ilość godzin –

Liczba osób odzwierciedla obecną liczbę osób wymagających specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ilość godzin jest uśrednioną ilością godzin. Rzeczywista ilość godzin świadczenia usług uzależniona będzie od potrzeb Zamawiającego. W stosunku do ilości godzin Zamawiający zastrzega, że mogą one ulec zmianie, ponieważ nie można ich określić dokładnie ze względu na specyfikę zamówienia, którą cechuje zmienność liczby świadczeniobiorców i ich potrzeb z uwagi na zmieniający się stan zdrowia i sytuację życiową oraz ze względu na wysokość środków otrzymanych na realizację przedmiotowego zadania od Wojewody Kujawsko - Pomorskiego.

1. Zamawiający przyjmuje, że jedna godzina usługi to jedna godzina zegarowa (tzn. 60 minut). Czas jednej godziny wykonywania usług opiekuńczych nie obejmuje czasu dojazdu do klienta, ani powrotu po wykonanej usłudze. Usługi będą świadczone w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy na terenie gminy Dąbrowa.
2. Usługi mogą być świadczone w dniach tygodnia i godzinach ustalonych wspólnie przez specjalistę wykonującego usługi i rodzicem dziecka/ osobą dorosła objętą usługami.

§ 4

1. Zamawiający wymaga, by zamówienie realizowane było zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa regulującymi kwestię świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania.

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli kwalifikacji osób wykonujących usługi.

§ 5

Zleceniem na wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych stanowić będzie pisemna informacja (załącznik nr 3 do niniejszej umowy) zawierająca dane osoby, u której usługi będą realizowane z podaniem ilości przyznanych godzin oraz wskazaniem specjalistów z zastrzeżeniem sytuacji, w których lekarz specjalista nie określa w zaświadczeniu specjalistów, wówczas decyzja administracyjna tych specjalistów również nie określi, a co za tym idzie specjalistów należy wyłonić podczas wstępnej diagnozy (którą należy dostarczyć Zamawiającemu najpóźniej po 3 dniach jej dokonania) ze wskazaniem ilości godzin. Informacja zawierać będzie również datę przyznania i zakończenia świadczeń zgodnie z decyzją administracyjną.

* + - 1. Dopuszcza się zlecenie usługi lub powiadomienie o przerwaniu świadczenia usług, dokonane drogą telefoniczną lub emaliową, a następnie potwierdzenie tych czynności pisemnie.

§ 6

Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji świadczonych usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi według załącznika nr 1, nr 2, nr 4, nr 5 do niniejszej umowy oraz sporządzenia oceny o której mowa w ust. 5.

Wykonawca realizujący przedmiot zamówienia jest zobowiązany do prowadzenia dla każdego klienta karty pracy specjalistów realizujących usługi, odrębnie dla każdego miesiąca. Karta pracy w celu zapewnienia bieżącej kontroli przez Zamawiającego musi być wypełniana na bieżąco, własnoręcznie, każdorazowo podpisana przez specjalistę i świadczeniobiorcę, jako potwierdzenie wykonanej usługi w danym czasookresie, po każdej wizycie specjalisty realizującego usługi.

Karta pracy w ciągu miesiąca kalendarzowego pozostaje w mieszkaniu klienta (z zastrzeżeniem środowisk, co do których występują obawy, że karta może ulec zniszczeniu) z możliwością wglądu przez pracownika socjalnego lub inną osobę upoważnioną ze strony Zamawiającego. Wykonawca przekazuje karty pracy Zamawiającemu wraz z fakturą lub rachunkiem i tabelarycznym zestawieniem wykonanych usług.

Strony umowy zgodnie oświadczają, że w przypadku stwierdzenia braku w karcie pracy podpisu świadczeniobiorcy skutkować będzie prawem do niewypłacenia wynagrodzenia za dany okres rozliczeniowy. Brak danych w karcie pracy, własnoręcznego podpisu świadczeniobiorcy wyklucza możliwość potraktowania, jako dowód potwierdzający wykonanie usługi. Skutek: Zamawiający zastrzega w takim przypadku niewypłacenie zapłaty za usługę.

Wykonawca zobowiązany jest do: sporządzenia okresowej oceny postępów wynikających ze stosowanej terapii, nie rzadziej niż raz na trzy miesiące. Ocena ma zawierać nabyte umiejętności, postępy zdobyte przez świadczeniobiorcę dzięki specjalistycznym usługom. Sporządzona ocena w formie opisowej wymaga potwierdzenia przez osobę z którą realizowana jest usługa lub przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego osoby, z którą realizowana jest usługa. Ocena postępów wynikających ze stosowanej terapii dokonywana będzie w odniesieniu do stanu w dacie przystąpienia do wykonywania umowy, którą rozpoczynając zadanie wykonawca zobowiązany jest sporządzić.

Wykonawca przedkłada Zamawiającemu ocenę, o której mowa w ust. 5 do 7-go dnia następnego miesiąca po upływie okresu, za który sporządza ocenę

§7

1. Rozliczenie finansowe Wykonawcy usługi z Zamawiającym, za poszczególne miesiące odbywać się będzie na podstawie przedstawionego rachunku lub faktury wraz z kartami pracy wg wzoru - załącznik nr 1 do umowy, szczegółowego rozliczenia usług – załącznik nr 2 oraz rozliczenia zbiorczego – załącznik nr 4 do umowy.

2. Wynagrodzenie przysługuje za faktycznie przepracowane godziny specjalistycznych usług

opiekuńczych, w oparciu o następujące ceny jednostkowe: Stawka za 1 godzinę świadczonej usługi wynosi: ……………….zł brutto (słownie: ………………… złotych 00/00)

3. Stawka godzinowa, o której mowa w ust. 2 jest stawką ostateczną i w okresie obowiązywania umowy nie ulegnie zmianie.

4. Wynagrodzenie miesięczne Wykonawcy stanowić będzie iloczyn stawki wymienionej w ust. 2 i uzgodnionej z Zamawiającym ilości godzin faktycznie przepracowanych. W przypadku nieświadczenia usług z przyczyn leżących po stronie świadczeniobiorcy wynagrodzenie nie przysługuje.

5. Określone w ust. 2 wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty, jakie Wykonawca poniesie w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.

§8

Miesięczne rozliczenie usługi nastąpi po przedłożeniu rachunku lub faktury za wykonaną usługę do 5-go dnia każdego miesiąca – następującego po miesiącu, w którym wykonana została usługa wraz z wymaganą dokumentacją, z wyjątkiem miesiąca grudnia 2025 roku., w którym Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia rachunku lub faktury za wykonaną usługę do 29 grudnia 2025 roku wraz z wymaganą dokumentacją i sprawozdaniem o którym mowa poniżej.

Wykonawca zobowiązuje się do comiesięcznego:

a) prowadzenia dokumentacji świadczonych specjalistycznych usług opiekuńczych przez specjalistów w formie karty pracy wraz z podpisami świadczeniobiorców, potwierdzających wykonanie usługi załącznikiem nr 1,

b) przedstawienie opisowego sprawozdania z zakresu wykonywanych usług,

c) przedstawienia szczegółowego rozliczenia usług - załącznik nr 2 do umowy,

d) przedstawienia rozliczenia zbiorczego – załącznik nr 4 do umowy.

* + - 1. Należność za prawidłowo przedstawione dokumenty rozliczeniowe oraz wykonane usługi specjalistyczne płatna będzie przelewem w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionego rachunku (faktury VAT) wraz z załącznikami na wskazany przez Wykonawcę rachunek bankowy.
			2. Za datę zapłaty rachunku/faktury strony uznają dzień wydania przez Zamawiającego swojemu bankowi dyspozycji obciążenia konta na rzecz Wykonawcy.
			3. Faktura/rachunek winny być wystawiane na: Nabywca Gmina Dąbrowa, ul. Kasztanowa 16; 88-306 Dąbrowa NIP: 557-16-48518, Odbiorca Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Dąbrowie, ul. Szkolna 13; 88-306 Dąbrowa

§ 9

Wykonawca będzie wykonywał usługi z zachowaniem tajemnicy w zakresie wszystkich wiadomości uzyskanych w trakcie wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy, także po ustaniu jej obowiązywania.

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

§ 10

Zamawiający zastrzega sobie prawo do nadzoru nad powierzonymi zadaniami oraz kontroli wykonania zadań, jak również uzyskania od Wykonawcy wszelkich informacji z zakresu wykonania powierzonych zadań.

* + - 1. Wykonawca zobowiązuje się do udzielania ustnie lub na piśmie, w zależności od żądania kontrolującego i w terminie przez niego określonym, wyjaśnień i informacji dotyczących realizacji umowy.
			2. W przypadku naruszenia jakiegokolwiek z postanowień z niniejszej umowy Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania jej bez zachowania okresu wypowiedzenia.
			3. Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę umowną w sytuacji rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w wysokości 10.000 zł
			4. Zamawiającemu przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.

§ 11

W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie miesiąca od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim wypadku Wykonawca może żądać wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

Powyższy zapis znajduje zastosowanie w szczególności w przypadku ograniczenia środków budżetowych na wykonanie zadania bądź zmian w prawie skutkujących brakiem obowiązku wykonania zadania objętego umową po stronie Zamawiającego. Odstąpienie od umowy w okolicznościach wskazanych w ust. 1-2 nie skutkuje odpowiedzialnością odszkodowawczą ani obowiązkiem zapłaty kar umownych.

§ 12

Umowa zostaje zawarta na czas określony od …….. 2025 umowy do dnia ….. 2025 roku.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeku Cywilnego.

§ 14

Zmiana umowy wymaga pod rygorem nieważności formy pisemnej.

§ 15

Sądem właściwym do dochodzenia roszczeń wynikających z niniejszej umowy jest Sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.

§ 16

Zamawiający, jako Administrator Danych Osobowych powierzy, przetwarzanie danych osobowych osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzeniami psychicznymi, zgodnie z art. 28 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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).

§ 17

Umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej ze stron.

…………………………….. ……………………………..

 Zamawiający Wykonawca

……………………………..

 Kontrasygnata

Załącznik nr 1 do umowy z dnia…………

(pieczęć Wykonawcy)

**KARTA PRACY**

realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

świadczonych w miesiącu ……………………………. r.

Imię i nazwisko specjalisty………………………………………………..……………….

Realizacja usług w zakresie: ……………………………………………………………..

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ……………………………………………………….

Adres świadczeniobiorcy …………………………………………………………………..

……………………………………… godzin miesięcznie (wymiar godzin usług)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Datausługi | Godzinyusługiod….….do …….. | Ilośćgodzin | Podpisświadczeniobiorcylub opiekunaprawnego | Podpisspecjalistyrealizującegousługi | Podpis pracownikaGOPSsprawdzającegozgodność |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………………………

……………………………………………….

 Podpis osoby zatwierdzające

Załącznik nr 2 do umowy z dnia ……………………

(pieczęć Wykonawcy)

**SZCZEGÓŁOWE ROZLICZENIE USŁUG**

**za wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**w miesiącu …………………. r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby korzystającej z usług | Nazwisko i imię przedstawiciela/opiekuna wymienionego w decyzji administracyjnej | Adres zamieszkania | Nr decyzji administracyjnej(zgodny z załącznikiem, nr 3) | Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną(zgodna z załącznikiem, nr 3) | Liczba godzin usług faktycznie wykonanych w miesiącu | Wskaźnik odpłatności/wartośćusługi w miesiącu(wypełnia GOPS) | Odpłatność kwota(wypełnia GOPS) |
| % | zł |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………..

 ………………………………………..

Podpis Wykonawcy

Załącznik nr 3 do umowy z dnia ………………

(pieczęć Zamawiającego)

**Wykaz osób, które są uprawnione do korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

**w okresie ……………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby korzystającej z usług | Nazwisko i imię opiekuna wymienionego w decyzji administracyjnej | Adres zamieszkania | Nr decyzji administracyjnej | Specjaliści/liczba przyznanych godzin | Data przyznania SUO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………………………

…………………………………………………………….

Pieczątka i podpis Zamawiającego/ lub pracownika GOPS

Załącznik nr 4 do umowy z dnia ……………………..

(pieczęć Wykonawcy)

**ROZLICZENIE ZBIORCZE**

**za wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**w miesiącu ………………………………… r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Rodzaj usługi | Liczba osób objętych pomocą | Łączna liczba godzin wykonanych usług | Stawka za godzinę usługi (w zł) | Wartość usługi (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………………………

……………………………………………….

 Podpis Wykonawcy

Załącznik nr 5 do umowy z dnia ………………..

(pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB**

**Przedkładam wykaz osób, skierowanych do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania na terenie gminy Dąbrowa w okresie ……………………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe/ uprawnienia/wykształcenie | Doświadczenie zawodowe | Zakres wykonywanych czynności | Informacja o podstawie do dysponowania osobą |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………………………

……………………………………………….

Podpis Wykonawcy