

Ciechanów, dn. 29.12.2016 r.

KA.ZP.2311.21.EFS.7.2016

ZAPYTANIE OFERTOWE

**Kod CPV 80100000-5 – usługi szkolnictwa podstawowego,
kod CPV 80000000- 4 – usługi edukacyjne i szkoleniowe**

dotyczące udzielenia zamówienia publicznego, którego wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 30 000 euro.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie działający w ramach Pełnomocnictwa Prezydenta Miasta Ciechanów - Krzysztofa Kosińskiego z dnia 30.06.2016 r. do realizacji Projektu „Dzieci – Nasza wspólna sprawa” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”

Działania 9.2 „Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej”

Poddziałania 9.2.1 „Zwiększenie dostępności usług społecznych”

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020
zaprasza do składania ofert na świadczenie usług terapeutycznych w zakresie terapii ds. przemocy na rzecz uczestników „Projektu – Dzieci Nasza Wspólna Sprawa”.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy o dofinansowanie zawartej pomiędzy Gminą Miejską Ciechanów, w imieniu której działa Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie a Samorządem Województwa Mazowieckiego występującym w roli Instytucji Zarządzającej.

Szacunkowa wartość zamówienia nie przekracza kwoty 30 000 euro netto, zamówienie jest prowadzone z wyłączeniem przepisów ustawy Prawo Zamówień Publicznych. Zamówienie jest realizowane zgodnie z zasadą konkurencyjności w rozumieniu Wytycznych z zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 z dnia 10.04.2015 r.

I. Zamawiający:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Ciechanowie

ul. Sienkiewicza 32 D

06-400 Ciechanów

NIP 5661086426

Tel.23 672 20 91

e-mail poczta@ciechanow.mops.pl

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług terapeutycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy, szczególnie przemocy w rodzinie, szkole, cyberprzemocy w 2017 roku na rzecz uczestników Projektu „Dzieci – Nasza wspólna sprawa” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem” Działania 9.2 „Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej” Poddziałania 9.2.1 „Zwiększenie dostępności usług społecznych” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, polegających na udzielaniu wsparcia uczestnikom projektu i rodzicom w rozwiązywaniu trudności wychowawczych w formie umowy zlecenia.
2. Do obowiązków terapeuty będzie należało:
 - 1) Prowadzenie indywidualnego lub grupowego wsparcia dla uczestników projektu, zgodnie z ustalonymi potrzebami.
 - 2) Udzielenie informacji, wskazówek i pomocy terapeutycznej uczestnikom lub ich rodzicom w zakresie rozwiązywania problemu przemocy, szczególnie : przemocy w rodzinie, szkole, przemocy z użyciem technologii informacyjnych i komunikacyjnych (cyberprzemoc), którzy dzięki tej pomocy będą zdolni samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej.
 - 3) Prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla uczestników i ich rodziców dotkniętych następstwami przemocy w rodzinie.
 - 4) Motywowanie uczestników projektu i ich rodziców życia bez przemocy.
 - 5) Zapewnienie wszelkich pomocy dydaktycznych i opracowanie materiałów koniecznych do realizacji przedmiotu zamówienia.
3. Terapeuta ds. uzależnień oprócz pracy bezpośrednio z uczestnikami projektu będzie:
 - 1) Wykonywał swoje zadania w sposób staranny, skuteczny i terminowy, zgodnie z harmonogramem spotkań ustalonym przez Koordynatora projektu.
 - 2) Terminowo i właściwie realizował powierzone mu zadania projektowe.
 - 3) Ewidencjonował godziny i zrealizowane zadania dotyczące wykonywanych obowiązków w systemie miesięcznym, w sposób zgodny z obowiązującymi Wytycznymi w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014 – 2020.
 - 4) Przedstawiał dokumenty rozliczeniowe niezwłocznie po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego.
 - 5) Przygotowywał pomiar zmian wybranych właściwości osobowości (w sferze świadomości) pod wpływem terapii uzależnień (na początku i na końcu wsparcia).
 - 6) Prowadził dokumentację zgodnie z Regulaminem placówki i wymogami projektu EFS, w szczególności: „Kart konsultacji indywidualnych” w odniesieniu do każdego uczestnika/ uczestniczki projektu, osób z ich otoczenia

lub dziennika zajęć grupowych realizowanych w oparciu o scenariusz dostosowany do zdiagnozowanych potrzeb grupy docelowej.

- 7) Prowadził działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizowanego projektu pn. „Dzieci – Nasza wspólna sprawa” współfinansowanego ze EFS,
- 8) Przestrzegał zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym zasady dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
- 9) Przestrzegał przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2015 poz. 2135 z dnia 16.12.2015 r.)

III. MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Placówka Wsparcia Dziennego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie,
ul. Powstańców Wielkopolskich 1a, 06-400 Ciechanów.

IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

1. W okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2017 roku w łącznej ilości 100 godzin zegarowych (1 godz. zegarowa= 60 minut), zgodnie z następującym harmonogramem:

Lp.	Nazwa miesiąca	2017 rok
		Ilość godzin zegarowych
1	Styczeń	10
2	Luty	10
3	Marzec	10
4	Kwiecień	10
5	Maj	10
6	Czerwiec	10
7	Lipiec	0
8	Sierpień	0
9	Wrzesień	10
10	Październik	10
11	Listopad	10
12	Grudzień	10
	Razem	100

V. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

O udzielenia zamówienia mogą ubiegać się oferenci, którzy osobiście wykonają przedmiot zamówienia. Zamawiający wymaga aby osoba pełniąca funkcję terapeuty w projekcie „Dzieci – Nasza Wspólna Sprawa” posiadała:

1. Obywatelstwo polskie albo innego państwa członkowskiego UE.
2. Biegłą znajomość języka polskiego (dotyczy osób nieposiadających obywatelstwa polskiego).
3. Wykształcenie wyższe na jednym z kierunków: prawo, psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, pedagogika opiekuńczo-wychowawcza, resocjalizacja, praca socjalna, socjologia, polityka społeczna, nauki o rodzinie, politologia i nauki społeczne. W przypadku ukończenia studiów wyższych na innych kierunkach niż wymienione, dopuszczalne są kwalifikacje uzupełni one studiami podyplomowymi w w/w zakresie.
4. Kurs specjalistyczny w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie min.100 godzin lub min. 5-letnie doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy, potwierdzone referencjami.
5. Pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystanie z pełni praw publicznych.
6. Niekaralność za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub za umyślne przestępstwo skarbowe.
7. Pełnię władzy rodzicielskiej – wykonawca nie jest i nie był pozbawiony władzy rodzicielskiej lub że władza rodzicielska nie była ani nie jest zawieszona ani ograniczona.
8. Wypełniać obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek wynika z tytułu egzekucyjnego.
9. Złożyć oświadczenie, że wymiar czasu pracy w miesiącu nie przekracza łącznie 276 godzin (ilość godzin dotyczy każdego zatrudnienia bez względu na jego formę i miejsce zatrudnienia).
10. Doświadczenie w prowadzeniu usług związanych z przedmiotem zamówienia i znać specyfikę problemów rodzin korzystających z systemu pomocy społecznej .

VI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
 1. CV z przebiegiem pracy zawodowej, potwierdzone własnoręcznym podpisem.
 2. Kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i doświadczenie zawodowe oraz dodatkowe kwalifikacje.
 3. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. 2016 poz. 922) potwierdzone własnoręcznym podpisem.
 4. Oświadczenie, że kandydat nie był skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, potwierdzone własnoręcznym podpisem.

5. Oświadczenie, że kandydat ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych potwierdzone własnoręcznym podpisem.
6. Oświadczenie o pełni władzy rodzicielskiej – kandydat nie jest i nie był pozbawiony władzy rodzicielskiej lub, że władza rodzicielska nie była ani nie jest zawieszona ani ograniczona.
7. Oświadczenie o wypełnianiu obowiązku alimentacyjnego – w przypadku gdy taki obowiązek wynika z tytułu egzekucyjnego.
8. Oświadczenie, że wymiar czasu pracy w miesiącu nie przekracza łącznie 276 godzin (ilość godzin dotyczy każdego zatrudnienia bez względu na jego formę i miejsce zatrudnienia).
9. Wypełniony wykaz wykonanych lub wykonywanych usług w zakresie potwierdzenia spełnienia przez oferenta warunku posiadanego wymaganego doświadczenia zawodowego.
10. Dowody (np. referencje, zaświadczenia) potwierdzające liczbę przepracowanych godzin w ramach usług terapeutycznych wraz z informacją, że usługi te zostały wykonane należycie.
11. Formularz ofertowy zawierający cenę brutto w PLN za wykonanie usługi w przeliczeniu na 1 godzinę zegarową.
12. Zaakceptowany projekt umowy.

VII. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY

1. Cena oferty jest ceną brutto, musi być podana w PLN cyfrowo z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, z wyodrębnieniem należytego podatku VAT.
2. Cena podana w ofercie winna obejmować wszystkie koszty i składniki związane z wykonywaniem zamówienia oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego w treści zapytania ofertowego oraz wzorze umowy zlecenia.
3. Cena może być tylko jedna za oferowany przedmiot zamówienia, nie dopuszcza się wariantowych cen.
4. Cena nie ulega zmianie przez okres wykonywania zlecenia.
5. Cenę należy przedstawić w Formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.
6. Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą prowadzone będą w walucie polskiej (złoty polski).
7. Zamawiający z wynagrodzenia brutto Wykonawcy potrąci wszystkie składniki, które są wymagane przepisami prawa.

VIII. KRYTERIUM ORAZ SPOSÓB OCENY OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

- cena ofertowa - 60%
- doświadczenie Wykonawcy – 40 %

Lp.	Kryterium	Znaczenie (waga) kryterium przy ocenie ofert	Maksymalna liczba punktów do otrzymania w kryterium
1.	Cena oferty	60%	60
2.	Doświadczenie Wykonawcy	40%	40

Przyjmuje się, że 1 % = 1 pkt.

Łączna maksymalna liczba punktów, którą może otrzymać oferta wynosi 100.

Formuła oceny ofert: suma punktów otrzymanych w każdym z kryteriów, liczona według następującego wzoru:

$$X_{of} = X_c + X_d$$

gdzie:

X_{of} - liczba punktów otrzymanych przez ofertę

X_c - wartość oferty, w kryterium Cena

X_d - wartość oferty, w kryterium Doświadczenie Wykonawcy

1) Kryterium cena X_c

C_n

$$X_c = \frac{C_n}{C_{of}} \times 100 \times 60\% = \text{suma punktów}$$

gdzie:

X_c - wartość oferty, w kryterium Cena

C_n - najniższa oferowana cena brutto

C_{of} - cena brutto badanej oferty

2) Kryterium Doświadczenie Wykonawcy X_d

Przez doświadczenie Wykonawcy rozumie się łączną liczbę zrealizowanych przez Wykonawcę godzin poradnictwa terapeutycznego lub równoważnego w okresie ostatnich trzech lat przed dniem złożenia oferty, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie. Przez poradnictwo terapeutyczne ds. przemocy lub równoważne rozumie się usługi terapeutyczne lub doradcze o zbliżonym zakresie podmiotowym do wyżej wymienionych. Wykonawca posiadający doświadczenie w realizacji poradnictwa terapeutycznego ds.

przemocy lub równoważnego wypełnia tabelę w załączniku nr 8 - Doświadczenie Wykonawcy, którą załącza do oferty. Maksymalne oceniane przez Zamawiającego łączne doświadczenie w poradnictwie terapeutycznym ds. przemocy lub równoważnym wynosi 2000 godzin. Wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia załącznika nr 8 w sposób umożliwiający jednoznaczną ocenę spełnienia w/wym. warunku. W innym przypadku Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do oferty dokumenty jednoznacznie poświadczające spełnienie warunków udziału w postępowaniu.

Doświadczenie Wykonawcy oceniane będzie w sposób następujący:

Lp.	Kryterium oceny	Liczba godzin	Liczba punktów
1	Liczba wykazanych godzin świadczonych usług terapeutycznych lub zajęć grupowych dla osób i rodzin korzystających z systemu pomocy społecznej	2000 i więcej	40
2		1701 – 1999	35
3		1301 – 1700	20
4		1001 – 1300	15
5		1000	5

Brak niezbędnych informacji lub dowodów potwierdzających należyte wykonanie szkoleń będzie skutkować mniejszą ilością przyznania punktów w tym kryterium.

Końcową wartość punktową danej oferty stanowi suma punktów uzyskana przez daną ofertę za każde kryterium oceny ofert. Spośród ofert nieodrzuconych Zamawiający wybierze 1 ofertę z największą całkowitą liczbą punktów. Z wybranym oferentem zostanie zawarta umowa zlecenie.

IX. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty w formie pisemnej należy złożyć w nieprzejrzystej, zamkniętej kopercie, w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert. Kopertę zawierającą ofertę należy przynieść lub przesać na adres Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, ul. H. Sienkiewicza 32D, 06-400 Ciechanów. Koperta powinna być opatrzona nazwą, dokładnym adresem Wykonawcy oraz oznaczeniem o treści:

„Oferta na świadczenie usług terapeutycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy, szczególnie przemocy w rodzinie, szkole, cyberprzemocy w roku 2017 w ramach Projektu

„Dzieci – Nasza wspólna sprawa””

Nie otwierać przed 05.01.2017 r.- godz. 14.00.

2. Termin składania ofert upływa dnia 05.01. 2017 r. o godz. 14:00.
3. Decydujące znaczenie dla oceny zachowania powyższego terminu ma data i godzina wpływu oferty do Zamawiającego w w/w miejsce, a nie data jej wysłania.
4. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
5. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
6. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

7. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 05.01.2017 r. o godz. 14:15 w siedzibie Zamawiającego, ul. Sienkiewicza 32D, 06-400 Ciechanów w pokoju nr 42.

X. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem www.biuletyn.abip.pl/mopsc

XI. DODATKOWE INFORMACJE

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzania w toku oceny oferty wiarygodności przedstawionych przez Wykonawców dokumentów.
2. Zamawiający odrzuca ofertę:
 - a) W przypadku nie spełnienia warunków udziału w postępowaniu
 - b) W przypadku niezgodności oferty z niniejszym zapytaniem
 - c) W przypadku przedstawienia przez Wykonawcę informacji nieprawdziwych.
3. Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
4. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
5. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie www.biuletyn.abip.pl/mopsc

XII. Osoby upoważnione do kontaktu z Wykonawcami:

Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcami jest: Hanna Dobrzyńska
tel. 23 672 20 91 wew. 19, e-mail: poczta@ciechanow.mops.pl

XIII. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 – formularz ofertowy

Załącznik Nr 2 – wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Załącznik Nr 3 – oświadczenie o nieskazaniu

Załącznik Nr 4 – oświadczenie o posiadaniu zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych

Załącznik Nr 5 – oświadczenie o pełni praw rodzicielskich

Załącznik Nr 6 – oświadczenie o wypełnianiu obowiązku alimentacyjnego

Załącznik Nr 7 – oświadczenie, że wymiar czasu pracy w miesiącu nie przekracza łącznie 276 godzin (ilość godzin dotyczy każdego zatrudnienia bez względu na jego formę i miejsce zatrudnienia).

Załącznik Nr 8 – wykaz wykonanych lub wykonywanych usług

Załącznik Nr 9 – wzór umowy zlecenia

Formularz ofertowy

1. Dane dotyczące wykonawcy :

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu

Nr NIP/PESEL

Nr REGON

Nazwa banku, nr konta bankowego

Ja niżej podpisany/a odpowiadając na zapytanie ofertowe na świadczenie usług terapeutycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy, szczególnie przemocy w rodzinie, szkole, cyberprzemocy w 2017 roku w związku z realizacją Projektu „Dzieci – Nasza wspólna sprawa” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem” Działania 9.2 „Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej” Poddziałania 9.2.1 „Zwiększenie dostępności usług społecznych”,
oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią zapytania ofertowego dla niniejszego zamówienia,
- 2) gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania,
- 3) wynagrodzenie za wykonanie usługi polegającej na świadczeniu usług terapeutycznych **dla uczestników** Projektu, obejmujących łącznie **100 godzin zegarowych** (godz. zegarowa = 60 minut)

wynosi:

brutto.....zł, (słownie:),

nettozł (słownie:),

VAT.....%, kwota złotych (słownie:).

- 4) akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy stanowiący załącznik nr 9 do zapytania,
- 5) w przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego,
- 6) oświadczam, że zapoznałem/am się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowym zakresem zamówienia zawartym w Zapytaniu ofertowym oraz

wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia. Nieznajomość powyższego stanu nie może być przyczyną dodatkowych roszczeń finansowych,

Osobą upoważnioną do podpisania umowy jest:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Adres e-mail:

Tel./fax:

.....
(data, podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

PESEL

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Wydany przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury zapytania ofertowego na świadczenie usług terapeutycznych – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 poz. 2135 ze zm.)

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)



Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

PESEL

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Wydany przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

Nie jestem i nie byłem/am pozbawiony/a władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie została zawieszona ani ograniczona.

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

PESEL

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Wydany przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

- nie został na mnie nałożony obowiązek alimentacyjny na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd. ☐*

- nałożony obowiązek alimentacyjny wypełniam na podstawie tytułu wykonawczego ☐*

* zaznaczyć właściwe

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

PESEL

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Wydany przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

PESEL

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Wydany przez

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam, że

- nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo,
- nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo skarbowe

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y.....,

ubiegająca/cy się o zatrudnienie na stanowisku terapeuty ds. przemocy w Placówce Wsparcia Dziennego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie w ramach realizowanego Projektu „Dzieci – Nasza Wspólna Sprawa” oświadczam, że:

1. Łączne zaangażowanie zawodowe¹ **przekracza/ nie przekracza*** 276 godzin miesięcznie.
2. W przypadku zmiany stanu faktycznego będącego przedmiotem powyższego oświadczenia zobowiązuję się informować o tym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie.
3. W przypadku zaangażowania w innych formach zaangażowania zawodowego¹, zobowiązuję się do:
 - a) prowadzenia ewidencji godzin pracy i zadań w ramach projektu „ Dzieci – Nasza Wspólna Sprawa” i pozostałych form zaangażowania zawodowego¹.
 - b) Udostępnienia przed rozliczeniem wynagrodzenia, prowadzonych ewidencji godzin pracy i zadań obejmujących Projekt. „Dzieci – Nasza Wspólna Sprawa” i pozostałych form zaangażowania zawodowego¹, w których w tym samym okresie będę zaangażowana/y/.

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)

* Niepotrzebne skreślić

¹ Powyższe dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia, zaangażowania w ramach prowadzenia własnej działalności gospodarczej.

WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH USŁUG – Doświadczenie Wykonawcy

Wykaz należycie zrealizowanych godzin usług poradnictwa p..... lub równoważnego

Lp.	Nazwa usługi	Podmiot, dla którego usługę zrealizowano i okres realizacji usługi	Liczba godzin szkoleniowych poradnictwa terapeutycznego lub równoważnego zrealizowanych w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem oferty, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Załącznik nr 9

/WZÓR/

UMOWA ZLECENIE

Nr /EFS/ /2016

zawarta w Ciechanowie w dniu2017 roku.,

pomiędzy :

Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Ciechanowie

reprezentowanym przez

Dyrektora - Panią, na podstawie Pełnomocnictwa udzielonego przez
Prezydenta Miasta Ciechanów,

przy udziale

Głównego Księgowego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie – Pani
.....,

zwanym w treści umowy **Zamawiającym**

a

.....

PESEL:

NIP:

Zamieszkałym/ą:

zwanym w treści umowy **Wykonawcą**

Umowę zawarto z pominięciem zasad i trybu udzielania zamówień publicznych zgodnie z art. 4 pkt. 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Tj. Dz. U z 2015 poz. 2164 ze zm.) na podstawie postępowania o wartości szacunkowej nieprzekraczającej 30.000,00 Euro.

§1.

Zamawiający działając na podstawie Pełnomocnictwa Prezydenta Miasta Ciechanów - Krzysztofa Kosińskiego z dnia 30.06.2016 r. udzielonego Małgorzacie Szerszeń – Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie do reprezentowania Gminy Miejskiej Ciechanów w sprawach dotyczących realizacji projektu pn. „Dzieci Nasza Wspólna Sprawa” nr projektu RPMA.09.02.01-14-4198/16 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”, Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 „Zwiększenie dostępności usług społecznych” oraz Uchwały Nr 261/XXI/2016 Rady Miasta Ciechanów z dnia 30 czerwca 2016 roku w sprawie zatwierdzenia do realizacji projektu pn. „Dzieci – Nasza Wspólna Sprawa” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, w ramach Osi Priorytetowej IX

”Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”, Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 „Zwiększenie dostępności usług społecznych” zleca,

a

Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług terapeutycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy, szczególnie przemocy w rodzinie, szkole, cyberprzemocy w 2017 roku polegających na udzieleniu wsparcia uczestnikom projektu i ich rodzicom w rozwiązywaniu trudności wychowawczych polegających w szczególności na:

- 1) Prowadzenie indywidualnego lub grupowego wsparcia dla uczestników projektu, zgodnie z ustalonymi potrzebami.
- 2) Udzielenie informacji, wskazówek i pomocy terapeutycznej uczestnikom lub ich rodzicom w zakresie rozwiązywania problemu przemocy, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej.
- 3) Prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla uczestników i ich rodziców dotkniętych następstwami przemocy w rodzinie.
- 4) Motywowanie uczestników projektu i ich rodziców do bardziej prozdrowotnej postawy życiowej nastawionej na troskę o siebie i relacje z innymi.

§2.

1. **Wykonawca** zapewni wszelkie pomoce dydaktyczne i opracuje materiały potrzebne do realizacji przedmiotu zamówienia.
2. **Wykonawca** będzie przygotowywał okresową opinię dotyczącą postępów uczestników projektu we współpracy z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
3. **Wykonawca** będzie prowadził dokumentację zgodnie z regulaminem placówki i wymogami projektu EFS, w szczególności: „Karty konsultacji indywidualnych” w odniesieniu do każdego uczestnika/ uczestniczki projektu, osób z ich otoczenia lub dziennika zajęć grupowych realizowanych w oparciu o scenariusz dostosowany do zdiagnozowanych potrzeb grupy docelowej.
4. **Wykonawca** będzie prowadził działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizowanego projektu pn. „Dzieci – Nasza wspólna sprawa” współfinansowanego ze EFS,
5. **Wykonawca** będzie przestrzegał zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym zasady dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
6. **Wykonawca** zobowiązany jest kontrolować obecność na zajęciach osób skierowanych do odbycia zajęć i powiadomić **Zamawiającego** lub osobę wskazaną do kontaktów, o każdej nieobecności uczestnika.
7. **Wykonawca** będzie przestrzegał przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2015 poz. 2135 z dnia 16.12.2015 r.)

§ 3.

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia podpisania umowy 02.01.2017 do dnia 31.12.2017 r. na łączną ilość 100 godzin zegarowych (1 godz. zegarowa = 60 minut) tj.
2. Miejscem wykonania umowy będzie Placówka Wsparcia Dziennego ul. Powstańców Wielkopolskich 1a, 06-400 Ciechanów.
3. Godziny pracy w ramach przyjętego harmonogramu będą na bieżąco ustalane z kierownikiem Placówki Wsparcia Dziennego.
4. Odbiór przedmiotu zamówienia nastąpi w formie protokołu zdawczo-odbiorczego.

§ 4.

1. **Wykonawca** oświadcza, że posiada niezbędne kwalifikacje do wykonywania usług terapeutycznych tj.: wykształcenie wyższe
2. **Wykonawca** zobowiązany jest wykonać przedmiot zamówienia zgodnie z zaleceniami Zamawiającego z należytą starannością.

§ 5.

1. Za wykonanie czynności wymienionych w § 1. **Zamawiający** zobowiązuje się zapłacić **Wykonawcy** wynagrodzenie:
brutto.....zł, (słownie:),
nettozł (słownie:),
VAT.....%, kwota złotych (słownie:).
za 1 godzinę usługi, z którego **Zamawiający** dokona stosownych potrąceń, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
Łączne wynagrodzenie Wykonawcy wynosić będzie zł. brutto, przy czym:
a) w 2017 r. stanowić to będzie kwotę.....brutto
2. Wynagrodzenie płatne będzie w cyklach miesięcznych, za faktyczną liczbę przepracowanych godzin, zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy i wystawieniu rachunku przez Wykonawcę wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do umowy, do 5 dnia następnego miesiąca. Termin płatności w ciągu 21 dni od daty wpływu rachunku do siedziby **Zamawiającego**, do rąk własnych lub na rachunek bankowy **Wykonawcy** wskazany każdorazowo na rachunku.
3. Potwierdzeniem wykonania zlecenia są:
a) dziennik zajęć zawierający wymiar godzin i temat zajęć warsztatowych, ewidencję godzin pracy i imienną listę obecności uczestników,
b) „Karty konsultacji indywidualnych” w odniesieniu do każdego uczestnika/uczestniczki Projektu lub osób z ich otoczenia,
c) ewidencja godzin pracy i zadań obejmujących realizację Projektu „Dzieci – Nasza Wspólna Sprawa”.
4. Warunkiem dokonania płatności będzie złożenie przez **Wykonawcę** dokumentów potwierdzających wykonanie umowy wymienionych w ust 3 tj.: dziennika zajęć, ewidencję godzin pracy, imienne listy obecności, „Karty konsultacji indywidualnych” oraz przedstawienie ewidencję godzin pracy w pozostałych formach zaangażowania zawodowego.

§ 6.

1. **Wykonawca** zapłaci **Zamawiającemu** karę umowną w wysokości - 10% wartości wynagrodzenia brutto określonego w § 5, za każdą godzinę wadliwie wykonanego zamówienia określonego w § 1, z przyczyny leżącej po stronie **Wykonawcy**.
2. **Zamawiający** ma prawo dokonywać potrąceń kar umownych z wynagrodzenia **Wykonawcy**.
3. Jeżeli wysokość zastrzeżonych kar umownych nie pokrywa poniesionej szkody, strony mogą dochodzić odszkodowania uzupełniającego.
4. W przypadku niezrealizowania przedmiotu zamówienia zgodnie z załączonym szczegółowym harmonogramem (ilość godz.) z przyczyn nie leżących po stronie **Wykonawcy** **Zamawiający** zapłaci tylko za godziny zajęć przeprowadzone zgodnie z zamówieniem.

§ 7.

Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym jeżeli:

1. **Wykonawca** w ogóle nie przystąpi do realizacji umowy lub z uwagi na opieszałość **Wykonawcy**, wystąpi znaczne opóźnienie w realizacji umowy zagrażające powodzeniu całego projektu, przy czym oświadczenie o rozwiązaniu umowy może być złożone dopiero po pisemnym wezwaniu **Wykonawcy** do realizacji umowy.
2. **Wykonawca** będzie realizował umowę o której mowa w § 1 nienależycie lub niezgodnie z jej postanowieniami, przy czym oświadczenie **Zamawiającego** może być złożone dopiero po pisemnym wezwaniu **Wykonawcy** do należytego wykonania umowy.
3. Strony przewidują możliwość rozwiązania umowy na zasadzie porozumienia stron w każdym czasie.

§ 8.

Wykonawca nie może powierzyć wykonania, zlecenia w całości lub w części osobie trzeciej.

§ 9.

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej w drodze aneksu do umowy.

§ 10.

W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 11.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....
(Podpis Wykonawcy)

.....
(Podpis Zamawiającego)

Załącznik nr 1 do umowy

HARMONOGRAM
Świadczenia usług pedagogicznych
w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2017r.

Lp.	Nazwa miesiąca	2017 rok
		Ilość godzin zegarowych
1	Styczeń	10
2	Luty	10
3	Marzec	10
4	Kwiecień	10
5	Maj	10
6	Czerwiec	10
7	Lipiec	0
8	Sierpień	0
9	Wrzesień	10
10	Październik	10
11	Listopad	10
12	Grudzień	10
	łącznie ilość godzin w roku kalendarzowym	100

Załącznik nr 2 do umowy



Ciechanów, dnia

Nazwisko i imię	
Miejsce zamieszkania	
Data urodzenia	
Nr PESEL	

**RACHUNEK
DO UMOWY ZLECENIA**

Dla zleceniodawcy: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie
Ul. Sienkiewicza 32 D, 06-400 Ciechanów

Tytułem: wykonania umowy zlecenia nr/EFS/02/2016 z dnia2016 r.
W ramach realizacji Projektu „Dzieci – Nasza Wspólna Sprawa”

Kwota brutto rachunku:	zł.
Koszty uzyskania przychodu	zł.
Podstawa opodatkowania	zł.
Podstawa ubezpieczenia zdrowotnego	zł.
Ubezpieczenie zdrowotne podatek	zł.
Ubezpieczenie zdrowotne dochód	zł.
Podatek do Urzędu Skarbowego	zł.
Do wypłaty*:	zł.

Słownie:

* Wymieniona wyżej kwota zostanie przekazana Wykonawcy do rąk własnych / na rachunek osobisty

nr.....

.....
(data) (podpis Wykonawcy)

POTWIERDZENIE WYKONANIA ZLECENIA

Praca została wykonana zgodnie z warunkami Umowy.

.....
(data)

.....
(Podpis Zamawiającego)

.....
(data)

.....
(Podpis Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE

DOTYCZĄCE TYTUŁU UBEZPIECZENIA WYKONAWCY

Nazwisko Nazwisko rodowe.....

Imię

Imię ojca

Imię matki

Miejsce urodzenia

Data urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego

PESEL

NIP

Miejsce zamieszkania:

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Nr domuNr mieszkania

Oddział NFZ

Urząd Skarbowy

oświadczam że:

1. Jestem/nie jestem zatrudniony/a na podstawie stosunku pracy: umowa o pracę/ umowa zlecenia/działalność gospodarcza/rolnik*

.....
(nazwa i adres instytucji)

i podlegam/nie podlegam* obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu.

2. Moje wynagrodzenie jest wyższe/nizsze* niż minimalne wynagrodzenie przysługujące pracownikom zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu pracy

3. W związku z zawarciem umowy zlecenia, objętej obowiązkowym ubezpiečeniem społecznym, przystępuję/nie przystępuję* do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

4. O wszystkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia powiadomię Wykonawcę na piśmie.

5. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

* niepotrzebne skreślić

.....