

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY do ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR FM/2/12/2021/OP Z DNIA 13.12.2021

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr FM/2/12/2021/OP Z DNIA 13.12.2021 Na Świadczenie Usług Opiekuńczych w Miejscu Zamieszkania składam niniejszą ofertę na wykonanie w/w zamówienia skierowaną do:

1. Dane Zamawiającego

Fundacji MiKa
Bobrowa 45
99-420 Łyszkowice
NIP: 8341891607

2. Przedmiot zamówienia:

Realizacja Świadczenia Usług Opiekuńczych w Miejscu Zamieszkania. Usługa świadczona będzie dla 30 Uczestników/-czek Projektu, w ich miejscu zamieszkania, na terenie powiatu łowickiego, w województwie łódzkim, których stan zdrowia lub niepełnosprawności wymaga osobistego wsparcia w codziennych potrzebach życiowych. Jednemu Uczestnikowi/-czce Projektu przysługuje 30 godzin opieki w miesiącu. Zamawiający przewiduje zatrudnienie 8 opiekunów/ek na umowę cywilno-prawną. Jeden opiekun/ka będzie miał/a pod opieką 3 lub 4 Uczestników/-czek Projektu - zatrudnienie będzie w wymiarze 90 godzin miesięcznie (3 Uczestników/czek Projektu pod opieką) lub 120 godzin miesięcznie (4 Uczestników/czek Projektu pod opieką).

1. Do głównego zakresu czynności Opiekuna należeć będzie:

A. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące **czynności higieniczne i pielęgnacyjne**:

- sianie łóżka pustego oraz z osobą chorą i niesamodzielną;
- toaleta całego ciała osoby chorej i niesamodzielnej z uwzględnieniem toalety i zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej;
- mycie głowy osoby chorej i niesamodzielnej leżącej w łóżku i zakładanie czepca przeciwwszawicznego, czesanie;
- obcinanie paznokci
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej;
- pomoc w ubieraniu;
- zmiana pieluchomajtek i innych środków absorpcyjnych oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych osobie chorej i niesamodzielnej;
- worka stomijnego i worka na mocz osobie chorej i niesamodzielnej;
- profilaktyka i pielęgnacja przeciwoleżynowa u osoby chorej i niesamodzielnej;
- zapewnienie osobie chorej i niesamodzielnej wygodnego i bezpiecznego ułożenia w łóżku;
- pomoc przy zmianie pozycji, wstawaniu i przemieszczaniu się osoby chorej i niesamodzielnej;
- czynności usprawniające ruchowo osobę chorą i niesamodzielną;
- karmienie osoby chorej i niesamodzielnej drogą doustną oraz dojelitową, w tym przez PEG (metodą porcji) lub pomoc podczas jej karmienia;
- utrzymanie higieny i pielęgnacja skóry wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii oraz kolostomii;
- inne czynności higieniczne wynikające z uzasadnionych indywidualnych potrzeb.

B. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun planuje, organizuje i wykonuje następujące **czynności opiekuńcze**:

- pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w wykonywaniu czynności życia codziennego;
- podawanie leków wcześniej przygotowanych przez rodzinę lub osoby uprawnione;
- pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego;
- aktywizacja osoby chorej i niesamodzielnej i organizacja jej czasu wolnego;
- pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością;
- udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego osobie chorej i niesamodzielnej w sytuacjach trudnych;
- pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności ruchowej.

C. Ponadto Opiekun:

- udziela pierwszej pomocy w stanach zagrożenia zdrowia i życia;
- dokonuje oceny parametrów podstawowych funkcji życiowych (temperatura, tętno, liczba oddechów, ciśnienie tętnicze krwi etc.) oraz pomiar stężenia glukozy we krwi przy użyciu glukometru;
- wykonuje zabiegi przeciwwzpalne na zlecenie lekarza lub pielęgniarki;
- przekazuje informacje o zaobserwowanych zmianach w stanie zdrowia osoby chorej i niesamodzielnej;
- dezynfekuje oraz myje przybory i sprzęt używane podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych u osoby chorej i niesamodzielnej;
- sprząta - utrzymuje w czystości najbliższe otoczenie, naczynia stołowe i kuchenne, sprzęt pomocniczy ułatwiający codzienne funkcjonowanie (wózek inwalidzki, balkonik) oraz wynosi śmieci;
- ułatwianie kontaktu z rodziną, otoczeniem i środowiskiem lokalnym;
- w razie potrzeby pomaga zapisać się na wizyty lekarskie oraz dowozi podopiecznego do lekarza, na zabiegi rehabilitacyjne itp.;
- dokonywanie zakupów dla podopiecznego art. spożywczych i niezbędnych do egzystencji podopiecznego art. Przemysłowych;

Zgodnie z realizacją projektu nr RPLD.09.02.01-10-B005/21 Łowickie Centrum Usług Środowiskowych, realizowanego w ramach Osi Priorytetowej 09 - IX Włączenie społeczne, 02 - IX.2 „Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym” Poddziałania 01 - IX.2.1 „Usługi społeczne i zdrowotne” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

3. Dane Oferenta

Imię i nazwisko/Nazwa:	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji <i>(wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres zamieszkania):</i>	
Nr telefonu/Fax:	
Adres e-mail:	

NIP/PESEL	
Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/KRS <i>(jeżeli dotyczy)</i>	

4. Oferta:

Cena całkowita brutto brutto za godzinę usługi	PLN
---	------------

Uwaga!

Podana kwota musi być przedstawiona jako cena brutto brutto (zawierać ew. podatek VAT/dochodowy i składki ZUS), zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku.

Zwrot kosztów za korzystanie z samochodu prywatnego do celów służbowych (np. dojazdu do podopiecznych) będzie dokonywany na podstawie ewidencji kilometrowej pojazdu.

Liczba godzin w miesiącu realizowana przez Wykonawcę	Zaznacz właściwe poprzez postawienie „X” <i>(tylko w jednej kratce)</i>	Całkowity koszt miesięczny <i>(liczba godzin w miesiącu x stawka godzinowa)</i>
90 godzin w miesiącu (3 Uczestników Projektu pod opieką)	<input type="checkbox"/>	
120 godzin w miesiącu (4 Uczestników Projektu pod opieką)	<input type="checkbox"/>	

- **Dane osoby do kontaktu w sprawie złożonej oferty (dotyczy os. Prawnej):**

- Imię i nazwisko:
- Nr tel.:
- Adres e-mail:

5. Doświadczenie i kompetencje:

1. Czy posiadasz kwalifikacje zawodowe? <i>(wykształcenie zawodowe)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (przejdź do punktu 3)
2. Jakie kwalifikacje zawodowe posiadasz? <i>(należy załączyć dokument potwierdzający)</i>	<input type="checkbox"/> Opiekun środowiskowy <input type="checkbox"/> Asystent ON <input type="checkbox"/> Pielęgniarz/pielęgniarka <input type="checkbox"/> Opiekun osoby starszej <input type="checkbox"/> Opiekun Medyczny <input type="checkbox"/> Opiekun Kwalifikowany w domu Pomocy Społecznej
3. Udokumentowane doświadczenie w realizacji	Rodzaj doświadczenia : <input type="checkbox"/> Zawodowe



<p>usług opiekuńczych dla min 1 osoby niesamodzielnej <i>(należy załączyć dokument potwierdzający)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Wolontariackie <input type="checkbox"/> Osobiste, jako opiekun faktyczny</p> <p>Długość doświadczenia:</p>
<p>4. Proszę krótko opisać, rodzaj i zakres wykonywanych usług, ewentualny zleceniodawca usługi itp.</p>	
<p>5. Posiadam aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych <i>(należy załączyć dokument potwierdzający)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>6. Posiadam aktualne prawo jazdy kat. B <i>(należy załączyć dokument potwierdzający)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>7. Posiadam samochód, który może zostać wykorzystany do celów służbowych</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>8. Rozwiązałem/am test osobowości na stronie https://www.16personalities.com/pl/darmowy-test-osobowosci</p>	

.....
Data i podpis Oferenta

