



.....  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY DO ZAPYTANIA UZUPEŁNIAJĄCEGO nr. 5 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR FM/2/12/2021/OP Z DNIA 13.12.2021

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe uzupełniające nr 5 do zapytania ofertowego 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 52  
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 - w zapytanie ofertowe uzupełniające ma na celu wyłonienie 1 opiekuna. Uczestnikowi projektu przysługuje maksymalnie 30h opieki miesięcznie. Jeden opiekun/ka będzie miał/a pod opieką 3 lub 4 Uczestników/-czek Projektu - 90 godzin miesięcznie (3 Uczestników/-czek Projektu pod opieką) lub 120 godzin miesięcznie (4 Uczestników/-czek Projektu pod opieką). Liczbę uczestników projektu pod opiekę przydziela Fundacja MiKa zależnie od potrzeb po konsultacji z zleceniobiorcą.

#### 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 przeciwwszawiczego, 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 przeciwzapalne 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;
- sprzęta - 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-B005/21Łowickie 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

<b>Imię i nazwisko/Nazwa:</b>	
Adres zamieszkania/siedziby	
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>	

#### Rodzaj oferenta :

- Jestem osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  
*(prosimy o wypełnienie tabeli w części 5 oferty)*
- Jestem osobą fizyczną prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą (samozatrudnienie) i zamówienie będę realizowała/wał osobiście.  
*(prosimy o wypełnienie tabeli w części 5 oferty)*
- Jestem osobą prawną i posiadam pracowników, zdolnych do wykonania usługi  
*(do oferty należy dołączyć wypełniony załącznik nr 3)*

### 4. Oferta:

<b>Cena całkowita brutto za godzinę usługi</b>	..... PLN
------------------------------------------------	-----------

*Uwaga!*

*Podana kwota musi być przedstawiona jako cena 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.*

<b>Liczba godzin w miesiącu realizowana przez 1 Opiekuna</b>	<b>Zaznacz właściwe postawienie „X” (tylko w jednej kratce)</b>	<b>Całkowity koszt miesięczny (liczba godzin w miesiącu x stawka godzinowa)</b>
<b>90 godzin w miesiącu (3 Uczestników Projektu pod opieką)</b>	<input type="checkbox"/>	

<b>120 godzin w miesiącu</b> (4 Uczestników Projektu pod opieką)	<input type="checkbox"/>	
---------------------------------------------------------------------	--------------------------	--

*Uwaga!*

**W przypadku składania oferty na całość zapytania (2 opiekunów) tabelę należy skopiować i wypełnić odrębnie dla każdego z nich.**

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

- Oferuję łączną wartość brutto wykonania całego przedmiotu zamówienia dla :
  - 1 Opiekuna
  - 2 Opiekunów
 w wysokości: ..... zł miesięcznie (słownie:  
 ..... zł).  
 W tym VAT ..... % co stanowi kwotę: ..... zł  
 (słownie: ..... zł),  
 netto: ..... zł (słownie: .....  
 zł)
- Termin ważności oferty .....
- Termin płatności .....
- Imię i nazwisko os. do kontaktu: .....
- Nr tel.: .....
- Adres e-mail: .....

**5. Doświadczenie i kompetencje Opiekuna:**

<b>1. Czy posiadasz kwalifikacje zawodowe?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (przejdź do punktu 3)
<b>2. Jakie kwalifikacje zawodowe posiadasz?</b> <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
<b>3. Udokumentowane doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych dla min 1 osoby niesamodzielnej</b> <i>(należy załączyć dokument potwierdzający)</i>	<b>Rodzaj doświadczenia :</b> <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Wolontariackie <input type="checkbox"/> Osobiste, jako opiekun faktyczny <b>Długość doświadczenia:</b>
<b>4. Proszę krótko opisać, rodzaj i zakres wykonywanych usług, ewentualny</b>	

<b>zleceniodawca usługi itp.</b>	
<b>5. Posiadam aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych</b> <i>(należy załączyć dokument potwierdzający)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>6. Posiadam aktualne prawo jazdy kat. B</b> <i>(należy załączyć dokument potwierdzający)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>7. Posiadam samochód, który może zostać wykorzystany do celów służbowych</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>8. Rozwiązałem/am test osobowości na stronie</b> <a href="https://www.16personalities.com/pl/dar-mowy-test-osobowosci">https://www.16personalities.com/pl/dar-mowy-test-osobowosci</a>	

#### 6. Załączniki dołączone do formularza ofertowego:

1. Załącznik nr 1 - Oświadczenia Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
2. Załącznik nr 2 - Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

- ✓ Oświadczam, że uzyskałem/am konieczne informacje do przygotowania oferty, zapoznałem/am się z treścią Zapytania ofertowego uzupełniającego nr 5 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR FM/2/12/2021/OP Z DNIA 13.12.2021 oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.

.....  
Data i podpis Oferenta

