# Załącznik nr 1 do SWZ

**DA.221.1.2022**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA W OKOLICZNOŚCIACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 108-111 USTAWY PZP ORAZ O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO W TRYBIE ART. 359 pkt 2 w zw. z ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.)**  **NA USŁUGĘ SPOŁECZNĄ**  **,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”** |

Składając ofertę w postępowaniu na zamówienie pn.:

**,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i PPOLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”**

w imieniu Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

oświadczam, że:

* brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp;
* brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp;
* oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………………………... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt ….. Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze (procedura sanacyjna – samooczyszczenie):

…………………………………………………………………………………………………...

Na potwierdzenie powyższego przedkładam następujące środki dowodowe:

1. …………………………………………………………………………..
2. …………………………………………………………………………..

* spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówienia oraz roz. …………..…………………………………………………..………………………………… SWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.
* sytuacja ekonomiczna i finansowa Wykonawcy zapewnia wykonanie przedmiotu zamówienia

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w………………………………………………………...………..*(Jeśli nie dotyczy to przekreślić lub wpisać ,,nie dotyczy”/wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………………………………….……………………w następującym zakresie: …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

…………………………………..*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

Oświadczam, że podmiot/ty wymienione wyżej nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

**\* UWAGA: niniejsze „Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia” składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.**

*.* **Załącznik nr 2 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

……………………………..

(nazwa Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI W RAMACH USŁUG ASYSTENTA DO PROGRAMU**  **„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”– EDYCJA 2022**  **DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO**  **W TRYBIE ART. 359 PKT 2 W ZW. Z ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.)**  **NA USŁUGI SPOŁECZNE**  **,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”** |

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

* 1. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:
     1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli;
     2. czesaniu;
     3. goleniu;
     4. obcinaniu paznokci rąk i nóg;
     5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku;
     6. zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń;
     7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów;
     8. słaniu łóżka i zmianie pościeli;
  2. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):

1. sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci;
2. dokonywaniu bieżących zakupów (towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie);
3. myciu okien;
4. utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.);
5. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej);
6. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go;
7. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej);
   1. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
      1. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej;
      2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi);
      3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym;
      4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu;
      5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami;
      6. transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta;
   2. wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
      1. wyjście na spacer;
      2. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.;
      3. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy);
      4. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
      5. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze;
      6. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni;
      7. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej).

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY**  **DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO**  **W TRYBIE ART. 359 PKT 2 W ZW. Z ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.)**  **NA USŁUGI SPOŁECZNE**  **,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”** |

* 1. **Dane dotyczące Wykonawcy (wypełnić bezwzględnie)**

**Nazwa**............................................................................................................................................

**Siedziba (dokładny adres)**.............................................................................................................

**Nr telefonu/faks**.............................................................................................................................

**nr NIP**..............................................................................................................................................

**nr REGON**........................................................................................................................................

**e-mail:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**adres skrzynki epuap…**………………………………………………………………………………………………………………..

* 1. **Dane dotyczące Zamawiającego**

Gmina Miejska Rumia - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi

ul. Ślusarska 2

84-230Rumia

**3**. **Zobowiązania Wykonawcy (wypełnić bezwzględnie)**

W odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu o udzielenie zamówienia na usługi społeczne pt.: **,, ,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego**”,

składam(y) niniejszą ofertę:

Uwzględniając wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ oferuję realizację zamówienia zgodnie z SWZ za cenę:

1 roboczogodzina netto = ……………….. PLN

(słownie ……………………………………………………………..…………………………………………………………PLN)

1 roboczogodzina brutto = ……………….. PLN

(słownie ……………………………………………………………..…………………………………………………………PLN)

Łączna wartość usług asystencji osobistej dla uczestników Programu:

**za cenę BRUTTO**  **łącznie** .........................................................................zł, w tym VAT (….%)

słownie złotych: .........................................................................................................................

**Cena została wyliczona w następujący sposób:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szacowana maksymalna liczba godzin usług** | **Cena jednostkowa oferty BRUTTO za 1 godz. świadczenia usługi w [zł]** | **Cena BRUTTO oferty w [zł]**  **(kolumna 1 x kolumna 2)** |
| *1* | *2* | *3* |
| **9000** |  |  |

* 1. **Oświadczam/-my, że powyższa cena pokrywa wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia,**
  2. Jednocześnie w ramach powyższej ceny całkowitej brutto, gwarantuje/my osobom świadczącym usługi asystencji osobistej minimalną stawkę godzinową w okresie trwania umowy, niezależnie od formy zatrudnienia, w wysokości ………………\*zł brutto - za 1 godzinę (60 min.) świadczenia pracy zgodnie\*/niezgodnie\* z ustawą o minimalnym wynagrodzeniu za pracę z dnia 10 października 2002 r. oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2021 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2022 r. (Dz. U. poz. 1690) i innymi przepisami obowiązującymi w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia.

*Zgodnie z zapisem SWZ Wykonawca jest zobowiązany do zapewnienia osobom świadczącym usługi asystencji osobistej, w sytuacjach określonych w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu za pracę z dnia 10 października 2002 r.* (*minimalne stawki godzinowe wynagrodzenia brutto, które, nie będą niższe niż określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach.*

minimalna stawka wynagrodzenia brutto za 1 godz. pracy

netto = ………………. PLN (słownie ………………………………………………………….. …………………………PLN)

brutto = …………….PLN (słownie: ……………………………………………………………………………………….PLN)

4. Termin realizacji usługi: **od dnia podpisania umowy/udzielenia zamówienia ale nie wcześniej, niż  
 od**  **01.05.2022 r. do dnia 31.12.2022 r.**

5. Oświadczam, że:

a) w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert wykonałem lub nadal wykonuję\*/ nie wykonałem\* /lub nie wykonuję\* takie same/takich samych lub podobne/podobnych do przedmiotu umowy zadania/zadań.

b) mój okres działalności jest krótszy niż 3 lata przed upływem terminu składania ofert\*

c) łączna wartość umów (zł brutto) dot. usług (takich samych lub podobnych do przedmiotu umowy ) wynosi\*/nie wynosi\* co najmniej 100 000 zł brutto **……………………… PLN (słownie*: ………………………………………………………..), tj. wyniosła ………………….zł brutto.***

**6. Oświadczam, że dysponuję**personelem w ilości ……………. o następujących kwalifikacjach:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **asystent osoby niepełnosprawnej** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **opiekun osoby starszej** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **opiekun medyczny** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **pedagog** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **psycholog** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **terapeuta zajęciowy** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **pielęgniarka** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na kierunku:  **fizjoterapeuta** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość osób** posiadających **co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym** np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu; |  |

7. Oświadczam, że zapoznano się z postanowieniami SWZ na usługi społeczne, projektem umowy i nie wnoszę do zawartych w niej zapisów żadnych zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na ustalonych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

8. Informuję Zamawiającego, że wybór oferty prowadzi\*/nie prowadzi\* do powstania   
 u Zamawiającego obowiązku podatkowego i wskazuję, jako nazwę (rodzaj) towaru i usługi,   
 których dostawa lub świadczenie będą prowadzić do jego powstania:

………………………………………………….\* oraz wskazałem ich wartość wyżej bez kwoty podatku.

9. Jestem\*/będę\* ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na kwotę nie mniejszą niż 100 000,00 zł.

10 Oferowana cena jednostkowa za jedną godzinę świadczenia usługi – z wyjątkiem zmian wynikających ze zmiany przepisów prawa/określonych w umowie - jest ceną niezmienną do końca realizacji zamówienia.

11.W cenie brutto zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, w tym   
 koszty Wykonawcy - składki, opłaty i podatki, które mogą wystąpić  
 przy realizacji przedmiotu zamówienia;

12. Akceptuję zastrzeżenie Zamawiającego, że liczba godzin usług i wartość umowy wynikać będzie z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego i bez prawa roszczeń ze strony Wykonawcy z tytułu ewentualnego zmniejszenia przedmiotu umowy co do maksymalnej ilości godzin;

13. Akceptuję rozliczenie z Zamawiającym wg liczby godzin wykonanych usług zgodnie z Programem i podanej przez nas ceny jednostkowej brutto za jedną godzinę świadczonej usługi;

14. Uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ na usługi społeczne, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert; z zastrzeżeniem rozdziału 13 SWZ.

15. Akceptuję warunki płatności określone w warunkach umowy.

16. Oświadczamy, że w przedmiotowym zamówieniu publicznym:

* 1. zamierzam powierzyć do wykonania podwykonawcom następującą część zamówienia **\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres zamówienia** |
|  |  |
|  |  |

* 1. nie zamierzam powierzać podwykonawcom żadnej części zamówienia. **\***

17. Oświadczam, że szczegółowe dane dot. mojej firmy są następujące:

a) nazwa i adres oraz inne\*:

b)Telefon, fax, e-mail, godziny pracy:

c) Osoby reprezentujące instytucję /funkcja/ oraz osoby uprawnione do składania oświadczeń w imieniu Wykonawcy (upoważnienia/pełnomocnictwa):

…………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….. ……….

…………………………………………………………

d) W sprawie oferty kontaktować się z:

Tel.

18. Sposób reprezentacji Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie\*/ Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* (wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę-spółki cywilne, konsorcja)

Nazwisko, imię ..................................................................................................................................

Stanowisko .......................................................................................................................................

Telefon...................................................Fax......................................................................................

Zakres\*:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

19. Zastrzeżenie Wykonawcy

1) Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

2) Inne informacje Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

UWAGA! W przypadku braku wykazania, że informacje zastrzeżone w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa lub niewystarczającego uzasadnienia, informacje te zostaną uznane za jawne.

20. Oświadczamy, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Wykonawca odpowiada zgodnie z art. 297§1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny).

21. Oświadczam, że:

a) mam/nie mam\* status zakładu pracy chronionej

b) jestem/nie jestem\* spółdzielnia socjalną,

c) moim głównym celem działalności\*/głównym celem działalności moich wyodrębnionych organizacyjnie jednostek, które będą realizowały zamówienie jest/nie jest\* społeczna i zawodowa integracja osób społecznie marginalizowanych, o których mowa w art. 94 PZP

d) oświadczam, że procentowy wskaźnik zatrudnienia osób należących do jednej lub więcej kategorii, o których mowa w art. 94 ust. 1 Pzp[[1]](#footnote-1), zatrudnionych przez Wykonawcę lub jego wyodrębnioną organizacyjnie jednostkę, która będzie realizowała zamówienie wynosi nie mniej niż …………% osób zatrudnionych u wykonawcy albo w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie, tj. stanowi …….% osób zatrudnionych u wykonawcy albo w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie.

22. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale ich brak uniemożliwi udział w postępowaniu.

23. Oświadczam/y, że mam odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, by przetwarzanie danych osobowych w ramach realizacji przedmiotu zamówienia spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.

24. Zostałem/Osoby wskazane do realizacji zamówienia zostały/ zapoznany/zapoznane z poniższą klauzulą informacyjną:

Administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi, zwany dalej Administratorem;

* adres korespondencyjny ul. Ślusarska 2; 84-230 Rumia;
* numer telefonu (58) 58 671 05 56;
* możliwe jest również skorzystanie z [elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP](https://epuap.gov.pl/): adres skrzynki    /MOPSRUMIA/SkrytkaESP
* niezależnie od wprowadzonego kanału komunikacji poprzez skrzynkę podawczą osoby, które nie dysponują środkami do składania kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu elektronicznego potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP, w sprawach danych osobowych mogą korzystać z poczty e-mail [sekretariat@mops.rumia.pl](mailto:sekretariat@mops.rumia.pl)

Administrator prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych Wykonawcy/osób wskazanych do realizacji zamówienia, kontakt do inspektora danych, e-mail: [iodo@mops.rumia.pl](mailto:iodo@mops.rumia.pl)

1. Zamawiający oświadcza, że spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z  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) (Dz.Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r.), dalej: RODO, tym samym dane osobowe podane przez Wykonawcę  będą przetwarzane zgodnie z RODO oraz zgodnie z przepisami krajowymi.
2. Dane osobowe Wykonawcy będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO   
   w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego**”, (zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego i jej realizacji, przechowywania dokumentacji postępowania (protokołu postępowania z załącznikami) na wypadek kontroli prowadzonej przez uprawnione organy i podmioty, przekazania dokumentacji do archiwum a następnie jej zbrakowani)
3. Odbiorcami przekazanych przez Wykonawcę danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym zostanie udostępniona dokumentacja postępowania zgodnie z art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy Pzp, a także art. 6 ustawy z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.
4. Dane osobowe Wykonawcy zawarte w protokole postępowania będą przechowywane przez okres 4 lat, od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy.
5. Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 RODO znajduje się **w załączniku nr 3 i 6 do SWZ.**
6. Zamawiający nie planuje przetwarzania danych osobowych Wykonawcy w celu innym niż cel określony w lit. b powyżej. Jeżeli administrator będzie planował przetwarzać dane osobowe w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane (tj. cel określony w lit. b powyżej), przed takim dalszym przetwarzaniem poinformuje on osobę, której dane dotyczą, o tym innym celu oraz udzieli jej wszelkich innych stosownych informacji, o których mowa w art. 13 ust. 2 RODO.
7. Wykonawca jest zobowiązany, w związku z udziałem w przedmiotowym postępowaniu, do wypełnienia wszystkich obowiązków formalno-prawnych wymaganych przez RODO i związanych z udziałem w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia. Do obowiązków tych należą:

* obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 RODO względem osób fizycznych, których dane osobowe dotyczą i od których dane te Wykonawca bezpośrednio pozyskał i przekazał Zamawiającemu w treści oferty lub dokumentów składanych na żądanie Zamawiającego;
* obowiązek informacyjny wynikający z art. 14 RODO względem osób fizycznych, których dane Wykonawca pozyskał w sposób pośredni, a które to dane Wykonawca przekazuje Zamawiającemu w treści oferty lub dokumentów składanych na żądanie Zamawiającego.

1. Zamawiający informuje, że:

* Zamawiający udostępnia dane osobowe, o których mowa w art. 10 RODO (dane osobowe dotyczące wyroków skazujących i czynów zabronionych) w celu umożliwienia korzystania ze środków ochrony prawnej, o których mowa w dziale IX ustawy Pzp, do upływu terminu na ich wniesienie.
* udostępnianie protokołu i załączników do protokołu ma zastosowanie do wszystkich danych osobowych, z wyjątkiem tych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO (tj. danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby), zebranych w toku postępowania o udzielenie zamówienia.
* w przypadku korzystania przez osobę, której dane osobowe są przetwarzane przez Zamawiającego, z uprawnienia, o którym mowa w art. 15 ust. 1–3 RODO (związanych z prawem Wykonawcy do uzyskania od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są dane osobowe jego dotyczące, prawem wykonawcy do bycia poinformowanym o odpowiednich zabezpieczeniach, o których mowa w art. 46 RODO, związanych z przekazaniem jego danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz prawem otrzymania przez wykonawcę od administratora kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu), zamawiający może żądać od osoby występującej z żądaniem wskazania dodatkowych informacji, mających na celu sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia.
* skorzystanie przez osobę, której dane osobowe dotyczą, z uprawnienia, o którym mowa w art. 16 RODO (z uprawnienia do sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych), nie może naruszać integralności protokołu postępowania oraz jego załączników.
* w postępowaniu o udzielenie zamówienia zgłoszenie żądania ograniczenia przetwarzania, o którym mowa w art. 18 ust. 1 RODO, nie ogranicza przetwarzania danych osobowych do czasu zakończenia tego postępowania.
* w przypadku gdy wniesienie żądania dotyczącego prawa, o którym mowa w art. 18 ust. 1 RODO spowoduje ograniczenie przetwarzania danych osobowych zawartych w protokole postępowania lub załącznikach do tego protokołu, od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia zamawiający nie udostępnia tych danych, chyba że zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 18 ust. 2 rozporządzenia 2016/679.
* skorzystanie przez osobę, której dane osobowe dotyczą, z uprawnienia do sprostowania lub uzupełnienia, o którym mowa w art. 16 RODO, nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy w sprawie zamówienia publicznego w zakresie niezgodnym z ustawą.
* ograniczenia zasady jawności, o których mowa w ust. 3 i art. 18 ust. 3-6 Pzp, stosuje się odpowiednio.
* w postępowaniu są przetwarzane dane osobowe podlegające ochronie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz RODO. Dane te mogą dotyczyć w szczególności samego wykonawcy (osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą), jego pełnomocnika (osoby fizycznej), jak też informacji o osobach, które w swojej ofercie wykonawca przedkłada celem wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, braku podstaw do wykluczenia z postępowania, jak i potwierdzenia wymogów zamawiającego dotyczących wykonania przedmiotu zamówienia.
* w postępowaniu i po zakończeniu postępowania do przetwarzania danych osobowych osób fizycznych stosuje się przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzenia RODO.

*\*\* skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania  
o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników*

*\*\*\* prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

25. 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.\*\*\*\*

\*\*\*\* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

26. Oferta zawiera .................... ponumerowanych stron.

27. Załącznikami do niniejszej oferty (w tym na potwierdzenie spełnienia wymagań) są:

…………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………….

**\* niepotrzebne skreślić**

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

|  |
| --- |
| **WYKAZ USŁUG**  **wykonanych lub wykonywanych**  **DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO**  **W TRYBIE ART. 359 PKT 2 W ZW. ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.)**  **NA USŁUGI SPOŁECZNE**  **,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”** |

Składając ofertę w ww. postępowaniu o udzielenie zamówienia na usługi społeczne przedstawiamy wykaz usług wykonanych lub nadal wykonywanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie - w zakresie wykazania spełnienia warunku udziału w postępowaniu.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot usługi** | **Nazwa i dokładny adres**  **Zamawiającego, na rzecz którego usługi zostały wykonane, lub są wykonywane** | **Wartość**  **usług brutto**  **w PLN** | **Okres realizacji** | | |
| **początek**  **(dzień, m-c, rok)** | **koniec**  **(dzień, m-c, rok)** | **Ilość miesięcy** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

SUMA WW.ZREALIZOWANYCH UMÓW: ……………………………zł brutto

(Wypełnić, jeżeli dotyczy) **OŚWIADCZAM,** że zamówienia wymienione w poz. ………… wykonali inni Wykonawcy /podmioty

poz. …. - ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………..

nazwa i adres Wykonawcy

**Wykonawcy występujący wspólnie**, którzy wykonywali wspólnie usługi na rzecz jednego podmiotu   
na podstawie tej samej umowy przedstawiają jeden wykaz wykonanych usług. **Przedstawianie tych samych wykazów jako oddzielnych dowodów przy wspólnie wykonywanym zamówieniu będzie uznawane jako jeden dowód.**

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB,**  **KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**  **DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO**  **W TRYBIE ART. 359 PKT 2 W ZW. Z ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.)**  **NA USŁUGI SPOŁECZNE**  **,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”** |

**Oświadczam (-y), że:**

**niżej wymienione osoby (personel) będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia bezpośrednio u uczestników Programu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia bezpośrednio u uczestnika Programu** | **Posiadane uprawnienia, kwalifikacje zawodowe, doświadczenie**  **niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia osób o których mowa w kol. 2** | **Posiadany dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji/doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym** **wykonania przedmiotu zamówienia osób, o których mowa w kol. 2** | **Okres wykonywania usług asystencji osobistej osób, o których mowa w kol. 2**  **(w miesiącach, latach)** | **Podstawa dysponowania osobami osób, o których mowa w kol. 2**  **(umowa cywilnoprawna/stosunek pracy itp.)** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |

Zgodnie ze szczegółowymi warunkami udziału w postępowaniu, określonymi przez Zamawiającego w SWZ, Wykonawca winien wykazać, że dysponuje wymaganą ilością osób spełniających określone warunki

Oświadczam (y), że osoby realizujące zamówienie nie są karane i posiadają dobry stan zdrowia i spełniają pozostałe warunki określone w SWZ a w przypadku realizacji usługi z udziałem dzieci spełniają wymogi przewidziane ustawą z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 152).

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

***Uwaga:***

*W tabeli należy podać informacje, które pozwolą ocenić Zamawiającemu, czy Wykonawca spełnia warunek udziału w postępowaniu, opisany w SWZ.*

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

|  |
| --- |
| **WZÓR UMOWY**  **DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO**  **W TRYBIE ART. 359 PKT 2 W ZW. Z ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA 11 września 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późń. zm.)**  **NA USŁUGI SPOŁECZNE**  **,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i PPOLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”** |

**UMOWA ……………..**

**na usługi asystencji osobistej**

**w ramach programu finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego   
pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022”**

zawarta w dniu ………………………… r. w Rumi pomiędzy:

**Nabywcą:** Gminą Miejską Rumia (NIP 588-236-77-50) ul. Sobieskiego7, 84-230 Rumia,   
**Odbiorcą:** Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznejz siedzibą w Rumi, 84-230 Rumia, ul. Ślusarska 2, reprezentowanym przez:

Panią ………………………….. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rumi, zwaną dalej **Zleceniodawcą**

a[[2]](#footnote-2)

….

……………………………………………..

zamieszkałym/zamieszkałą…………………………………………

PESEL……………………………………………………….

zwanym dalej „**Zleceniobiorcą”**

wspólnie zwanymi dalej „**Stronami**"

w wyniku rozstrzygnięcia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 1129 z póxn. zm.) na podstawie art. 359 pkt 2 w w. z art. 275 pkt 1 - tryb podstawowy na realizację usług asystenckich zgodnie z Programem ,,Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2022

o następującej treści:

**§ 1**

* + - 1. **Zamawiający** zleca za wynagrodzeniem, a **Wykonawca** przyjmuje do realizacji w 2022 r. świadczenie usług asystencji osobistej przez asystenta/asystentów osobistego/osobistych osoby niepełnosprawnej w rozumieniu i w ramach programu finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022” (zwanego dalej w skrócie Programem) dla jego Uczestników/Uczestniczek, tj. osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności:

o stopniu znacznym lub

o stopniu umiarkowanym albo

traktowane na równi do wymienionych w lit. 1 i 2 niniejszego punktu,

które zamieszkują teren Gminy Rumia - zwanych dalej „usługami asystencji osobistej”.

1. Ilekroć w niniejszej umowie jest mowa o ,,asystencie”, należy rozumieć przez to asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu.
2. Usługa będzie realizowana zgodnie z warunkami zawartymi w:
   1. SWZ wraz z załącznikami,
   2. niniejszej umowie,
   3. ofercie **Wykonawcy.**

**§ 2**

1. **Wykonawca** przyjmuje do wiadomości, że w trakcie trwania umowy może realizować usługi asystencji osobistej odpowiednio w wymiarze nie więcej niż 720 godzin na 1 Uczestnika/Uczestniczkę Programu posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nie więcej niż 360 godzin na 1 Uczestnika/Uczestniczkę Programu posiadającego orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i w zależności od faktycznego zapotrzebowania na usługi asystencji osobistej. Rozkład godzin w ramach realizowanej usługi asystencji osobistej, w trakcie trwania całej umowy jest całkowicie uwarunkowany rzeczywistym zapotrzebowaniem zgłaszanym przez Uczestników/Uczestniczki Programu i nie może zostać określony przez **Zamawiającego** jako średnia liczba godzin w miesiącu. Powyższe zapisy oznaczają również, że świadczenie usług może nie być realizowane w każdym miesiącu trwania umowy. **Wykonawca** oświadcza, że jest świadomy powyższych zapisów i że zrzeka się wszystkich roszczeń z tego tytułu wobec **Zamawiającego**.
2. W okresie, o którym mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu, **Wykonawca** zobowiązuje się do pozostawania w gotowości do świadczenia usług asystencji osobistej zleconych przez **Zamawiającego**.
3. Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usługi asystencji osobistej nie dłuższy niż 90 min. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 min., wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 min. trwania.
4. Usługi asystencji osobistej mogą być świadczone przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu od poniedziałku do niedzieli.
5. Rodzaj usług asystencji osobistej i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji Uczestnika/Uczestniczki Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności Uczestnika/Uczestniczki Programu.
6. W uzasadnionych przypadkach godziny wykonywania usług asystenckiej osobistej mogą zostać zmienione, o czym **Wykonawca** zawiadamia **Zamawiającego**.

**§ 3**

1. Usługi asystencji osobistej polegają w szczególności na pomocy asystenta w:
2. wykonywaniu czynności dnia codziennego dla uczestnika Programu;
3. wyjściu, powrocie lub dojazdach z uczestnikiem Programu w wybrane przez uczestnika miejsca;
4. załatwianiu spraw urzędowych;
5. korzystaniu z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy);
6. zaprowadzaniu dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do placówki oświatowej lub przyprowadzaniu ich z niej.
7. Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej zawiera **załącznik nr 9** do Programu (**załącznik** nr 4 do umowy) i jest indywidualnie ustalany w stosunku do każdego Uczestnika/Uczestniczki Programu.
8. Koszt dojazdu **Wykonawcy** własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług asystencji osobistej jest wliczony w czas pracy **Wykonawcy** jedynie w przypadku obecności Uczestnika/Uczestniczki Programu.
9. W ramach usług asystencji osobistej Zamawiający na zasadach określonych w Programie i niniejszej umowie zwraca koszt zakupu przez **Wykonawcę** biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych oraz koszt dojazdu **Wykonawcy** własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w ust. 1 niniejszego paragrafu a także zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla **Wykonawcy** towarzyszącemu Uczestnikowi/Uczestniczce Programu.
10. Koszty, o których mowa w ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu, mogą być wydatkowane w wysokości nie większej niż 300 zł miesięcznie i będą zwracane, jeśli oprócz warunków spełnionych w ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu:
11. będzie prowadzona - w sposób wskazany przez **Zamawiającego** - ewidencja biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych, zawierająca m.in. informacje dotyczące: daty pobrania biletów, liczby pobranych biletów, danych **Wykonawcy** (asystenta), daty i celu podróży;
12. będzie prowadzona - w sposób wskazany przez **Zamawiającego** - ewidencja przebiegu pojazdu stanowiącego własność **Wykonawcy** (asystenta) (**załącznik nr 3 do umowy**, **załącznik nr 11** do Programu pn. Wzór ewidencji przebiegu pojazdu) lub ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu, np. taksówką, zawierająca następujące informacje: dane **Wykonawcy** (asystenta), datę i cel podróży, do której należy dołączyć dowód poniesienia wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd;

przy czym dojazd własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką, **Wykonawcy** (asystenta) w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w ust. 1 niniejszego paragrafu, zostaną zrealizowane w terminie do 30 dnia od daty odwołania ogłoszonego w dniu 20 marca 2020 r. stanu epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej z powodu zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

1. **Zamawiający** zwraca koszty ubezpieczenia przez **Wykonawcę** osób bezpośrednio wykonujących usługę asystencji osobistej od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub NNW w wysokości nie wyższej niż określona w Programie. Maksymalna roczna kwota zwrotu wynosi 150 zł – przy czym Wykonawca musi potwierdzić zawarcie umowy ubezpieczenia OC lub NNW oraz opłacenia składki związanej ze świadczeniem usługi asystenta.
2. **Zamawiający** zwraca koszty zakupu środków ochrony osobistej, w wysokości nie większej niż 50 zł miesięcznie dla jednego asystenta jeśli zostaną zrealizowane w terminie do 30 dnia od daty odwołania ogłoszonego w dniu 20 marca 2020 r. stanu epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej z powodu zakażeń wirusem SARS-CoV-2.
3. – w tym przypadku Wykonawca zobowiązany jest udokumentować i potwierdzić zakup środków ochrony osobistej związany ze świadczeniem usługi asystenta w ramach niniejszej umowy.
4. **Wykonawca** ma prawo odmówić zrealizowania usług asystencji osobistej:
5. w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu Uczestnikowi/Uczestniczce Programu, jak i **Wykonawcy;**
6. w przypadkach, w których okoliczności wskazują na możliwość łamania przepisów prawa.
7. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, finansowane z innych źródeł.
8. Realizując usługi asystencji osobistej **Wykonawca** kieruje się poniższymi zasadami:
9. że zadaniem **Wykonawcy** nie jest podejmowanie decyzji za Uczestnika/Uczestniczkę Programu, a jedynie pomaganie bądź wspieranie jej w realizacji osobistych zamiarów;
10. uwzględniania decydującego wpływu Uczestnika/Uczestniczki Programu na wybór osoby bezpośrednio realizującej usługę asystencji osobistej u **Wykonawcy** do świadczenia usług asystencji osobistej i podejmowane działania,
11. **Wykonawca** realizuje usługi asystencji osobistej na rzecz Uczestnika/Uczestniczki Programu i wskutek Jego/Jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla poszczególnych członków rodzin Uczestnika/Uczestniczki Programu,
12. zasadą akceptacji – opartą na zasadach tolerancji, poszanowania godności swobody wyboru wartości i celów życiowych Uczestnika/Uczestniczki Programu,
13. zasadą indywidualnego podejścia do Uczestnika/Uczestniczki Programu, z uwzględnieniem Jej praw i potrzeb,
14. zasadą poufności – respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od Uczestnika/Uczestniczki Programu bez jej wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa),
15. zasadą prawa do samostanowienia – prawo Uczestnika/Uczestniczki Programu do wolności   
    i odpowiedzialności za swoje życie (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia),
16. zasadą obiektywizmu (nieoceniania) – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, nie dokonywanie osądów podczas analizy sytuacji,
17. zasadą dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienie podczas realizacji usług asystencji osobistej korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego Uczestnika/Uczestniczki Programu.
18. **Wykonawca** zobowiązuje się świadczyć usługi asystencji osobistej rzetelnie, w terminie, z zachowaniem należytej staranności, przy pełnym wykorzystaniu swojej wiedzy.
19. **Wykonawca** zobowiązuje się świadczyć usługi asystencji osobistej osobiście bez udziału podwykonawców lub osób trzecich.
20. **Wykonawca** oświadcza, że w ramach usług asystencji osobistej nie świadczy opieki/osoba bezpośrednio realizująca usługę nad Uczestniczką/Uczestnikiem Programu jako członek Jej/Jego rodziny, opiekun prawny lub osoba faktycznie zamieszkująca razem z Uczestnikiem/Uczestniczką Programu. Za członków rodziny uznaje się rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Uczestnikiem/Uczestniczką Programu.
21. **Wykonawca** oświadcza, że stan zdrowia osób bezpośrednio realizujących usługę asystencji osobistej pozwala na realizację przedmiotu niniejszej umowy.
22. Za datę ponoszenia kosztu, o którym mowa w ust. 3-5 niniejszego paragrafu, przyjmuje się w przypadku wydatków pieniężnych w szczególności:
23. ponoszonych przelewem lub obciążeniową kartą płatniczą − datę obciążenia rachunku bankowego podmiotu realizującego usługę asystencji osobistej, tj. datę księgowania operacji;
24. ponoszonych kartą kredytową lub podobnym instrumentem płatniczym o odroczonej płatności − datę transakcji skutkującej obciążeniem rachunku karty kredytowej lub podobnego instrumentu pod warunkiem dokonania spłaty tej należności do końca okresu rozliczeniowego danego instrumentu płatniczego;

**§ 4**

1. **Strony** ustalają, iż zlecenie na wykonanie usług asystencji osobistej rozpoczyna informacja przekazana przez **Zamawiającego** pisemnie lub ustnie lub telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej lub w inny ustalony sposób między **Stronami**.
2. Za datę rozpoczęcia świadczenia usług asystencji osobistej uważa się datę określoną w informacji przekazywanej przez **Zamawiającego.**
3. Za datę zakończenia świadczenia usług asystencji osobistej uważa się:
4. datę określoną w informacji przekazywanej przez **Zamawiającego,**
5. powiadomienie **Zamawiającego** skierowane do **Wykonawcy** o przerwaniu usług asystencji osobistej.
6. **Wykonawca** zobowiązany jest przystąpić do realizacji usług asystencji osobistej zgodnie z informacją określoną w ust. 2 niniejszego paragrafu – a w przypadku jej braku - w ciągu 2 dni od daty otrzymania zlecenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu.

**§ 5**

* 1. **Strony** przyjmują, że koszt za jedną godzinę zegarową świadczenia usług asystencji osobistej – …… zł (słownie zł: ………. 00/100) stanowi koszt brutto wraz z kosztami **Wykonawcy**.
  2. Za każdy miesiąc świadczenia usług asystencji osobistej, **Wykonawcy** będzie przysługiwało wynagrodzenie w wysokości, która zostanie obliczona uwzględniając ilość godzin świadczonych usług asystencji osobistej, które zostały udokumentowane zgodnie z warunkami umowy (i Programem) w danym miesiącu kalendarzowym oraz kosztu za jedną godzinę zegarową świadczenia usług asystencji osobistej.
  3. Strony ustalają, iż koszty zakupu biletów do placówek kulturalnych przez asystenta, koszty zakupu biletów komunikacji publicznej/ prywatnej, koszt przejazdu asystenta własnym/ innym środkiem transportu związanych z realizacją usług określonych w §1 umowy koszty zakupu środków ochrony osobistej, koszty ubezpieczenia OC/NNW (o których mowa w §3 umowy) rozliczane są odrębnie, tj. **Zamawiający** będzie dokonywał zwrotu w sposób określony w ust. 5 i 6 niniejszego paragrafu oraz §3 ust. 5 -7 niniejszej umowy, Programie i w ramach posiadanych przez **Zamawiającego** środków.
  4. Należność za usługę asystencji osobistej pokrywana jest przez **Zamawiającego**, na podstawie wystawionego rachunku/faktury na:

**Nabywca:**……;   
**Odbiorca (Płatnik)**: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi, ul. Ślusarska 2 84-230 Rumia i oraz karty realizacji usług asystenckich zatwierdzonej przez **Zamawiającego** (wzór **załącznik nr 1** do niniejszej umowy i **załącznik nr 10** do Programu) na rachunek **Wykonawcy** Nr **……... Wykonawca** może korzystać ze wzoru rachunku udostępnionego przez **Zamawiającego**.

* 1. Zwrot za zakupione bilety na wyjazdy, o których mowa w § 3 niniejszej umowy będzie następował odrębnie na podstawie karty realizacji usług asystenckich, o której mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu i ewidencji biletów i na warunkach, o których mowa w § 3 ust. 5 niniejszej umowy (wzór **załącznik nr 2**) tj. **Zamawiający** będzie dokonywał zwrotu - po uzyskaniu przez **Wykonawcę** zgody **Zamawiającego**. Wysokość zwrotu za zakupione bilety na wyjazdy, o których mowa w § 3 niniejszej umowy nie może również przekroczyć wysokości środków jakie otrzymał na ten cel **Zamawiający** w ramach Programu, tj…………………….. zł.
  2. Zwrot kosztów dojazdu, o których mowa w § 3 niniejszej umowy będzie rozliczany odrębnie, na podstawie karty realizacji usług asystenckich, o której mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, ewidencji i na warunkach, o których mowa w § 3 ust. 5 niniejszej umowy (wzór **załącznik nr 3 i załącznik nr 11 do Programu**) - tj. **Zamawiający** będzie dokonywał zwrotu - po uzyskaniu przez **Wykonawcę** zgody **Zamawiającego**. Wysokość zwrotu kosztów dojazdu, o których mowa w § 3 niniejszej umowy nie może również przekroczyć wysokości środków jakie otrzymał na ten cel **Zamawiający** w ramach Programu, tj…………………….. zł.
  3. Wysokość zwrotu kosztów:
     1. zakupu środków ochrony osobistej, o których mowa w § 3 niniejszej umowy nie może również przekroczyć wysokości środków jakie otrzymał na ten cel **Zamawiający** w ramach Programu, tj…………………….. zł.
     2. Ubezpieczenia OC/NNW, o których mowa w § 3 niniejszej umowy nie może również przekroczyć wysokości środków jakie otrzymał na ten cel **Zamawiający** w ramach Programu, tj…………………….. zł.
  4. W przypadku stwierdzenia rozbieżności w dokumentach, o których mowa w niniejszym paragrafie, **Zamawiający** wezwie **Wykonawcę** do złożenia pisemnych wyjaśnień i korekty dokumentów, w tym rachunku/faktury. **Zamawiający** zastrzega sobie prawo do żądania korekty otrzymanej od **Wykonawcy** nieczytelnej lub niepoprawnie wystawionej faktury/rachunku lub dokumentów, o których mowa w niniejszym paragrafie. Będzie to skutkować przesunięciem terminu płatności rachunku/faktury o okres przedłożenia **Zamawiającego** poprawnego dokumentu.
  5. Wynagrodzenie **Wykonawcy** za świadczone usługi asystencji osobistej, zwrot za bilety, zwrot kosztów, o których mowa w § 3 niniejszej umowy (za dojazdy, środki ochrony osobistej, OC/NNW), wypłacane jest w terminie 14 dni od doręczenia faktury/rachunku prawidłowo wystawionej/wystawionego pod względem rachunkowym i finansowym, po spełnieniu wymogów określonych w niniejszym paragrafie, § 3 umowy, Programie, najwcześniej w miesiącu następującym po miesiącu świadczenia usług/wyjazdów, o których mowa w § 3 niniejszej umowy, za miesiąc poprzedni. **Zamawiający** zastrzega sobie możliwość późniejszego rozliczenia się ze **Zleceniobiorcą** w miarę posiadania środków finansowych przekazywanych w ramach Programu przez Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku. **Wykonawca** nie będzie z tego tytułu naliczał odsetek.
  6. Za dzień zapłaty **Strony** przyjmują dzień obciążenia rachunku **Zamawiającego.**
  7. Rozliczanie usług asystencji osobistej **Wykonawcy** odbywa się w systemie płatności za zegarową godzinę świadczenia usługi asystencji osobistej, z zastrzeżeniem ust. 3, 5-7 niniejszego paragrafu.
  8. Szacowana wartość umowy wyniesie: ………………….(…..,….,……,…….,…..).
  9. Za nieterminowe regulowanie należności **Wykonawca** może naliczyć odsetki ustawowe za opóźnienie, z zastrzeżeniem sytuacji, gdy **Zamawiający** nie może opłacić faktury/rachunku z powodu opóźnień ze strony Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej / Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku w przekazywaniu środków finansowych na realizacje Programu.

**§ 6**

1. **Wykonawca** zobowiązany jest do zapłacenia kary umownej w następujących przypadkach:
   * 1. odstąpienia od umowy przez **Zamawiającego** z przyczyn leżących po stronie **Wykonawcy** w wysokości 20 % kosztu, o którym mowa w § 5 ust. 2 niniejszej umowy pomnożonego odpowiednio przez 60 godzin – w przypadku usług asystencji osobistej dla Uczestników/Uczestniczek Programu posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub 30 godzin - w przypadku usług asystencji osobistej dla Uczestników/Uczestniczek Programu posiadającego orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i ilość miesięcy kalendarzowych, na jaki zawarto umowę,
     2. niewykonania przedmiotu umowy - w wysokości 20 % kosztu, o którym mowa w § 5 ust. 2 niniejszej umowy pomnożonego odpowiednio przez 60 godzin – w przypadku usług asystencji osobistej dla Uczestników/Uczestniczek Programu posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub 30 godzin - w przypadku usług asystencji osobistej dla Uczestników/Uczestniczek Programu posiadającego orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i ilość miesięcy kalendarzowych niewykonania niniejszej umowy,
     3. za opóźnienie w terminie realizacji zamówienia – 13 % wynagrodzenia, o którym mowa w § 5 ust. 1 niniejszej umowy za każdą godzinę opóźnienia,
     4. za nienależyte wykonanie usługi asystencji osobistej i w wysokości 10% wynagrodzenia, o którym mowa w § 5 ust. 2 niniejszej umowy za każdy przypadek nienależytego wykonania usługi asystencji osobistej.
2. Przez nienależyte wykonanie uznaje się realizację usługi asystencji osobistej niezgodnie z niniejszą umową oraz nieprawidłowości we wszelkich wymaganych niniejszą umową i przekazanych **Zamawiającego** dokumentach, po uprzednim bezskutecznym jednokrotnym wezwaniu **Wykonawcy** do ich poprawienia.
3. **Strony** zgodnie postanawiają, że kara umowna, o której mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 niniejszego paragrafu może zostać potrącona z wynagrodzenia **Wykonawcy**, o czym zostanie on poinformowany pisemnie.
4. W przypadku niewykonania przedmiotu umowy, **Wykonawcy** nie przysługuje wynagrodzenie,   
   a ponadto **Zamawiający** może obciążyć **Wykonawcę** karą umowną naliczoną na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2 niniejszego paragrafu.
5. **Zamawiającego** przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych prawa cywilnego, jeżeli poniesiona szkoda przewyższa wysokość zastrzeżonych kar umownych.
6. Maksymalna łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć 30% kosztu, o którym mowa w § 5 ust. 2 niniejszej umowy pomnożonego odpowiednio przez 720 godzin w przypadku usług asystencji osobistej dla Uczestników/Uczestniczek Programu posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub 360 godzin - w przypadku usług asystencji osobistej dla Uczestników/Uczestniczek Programu posiadającego orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

**§ 7**

Do obowiązków **Wykonawcy** należy:

1. wykonywanie przedmiotu umowy w terminie od dnia podpisania umowy do dnia   
   31 grudnia 2022 r., z zastrzeżeniem zapisu § 4 ust. 3 niniejszej umowy.
2. rzetelne wykonywanie zadań związanych ze świadczeniem usług asystencji osobistej, zgodnie z niniejszą umową i Programem;
3. comiesięczne dostarczenie prawidłowo wypełnionej i podpisanej przez Uczestnika/Uczestniczkę Programu (na rzecz których świadczone są usługi asystencji osobistej) karty realizacji usług asystenckich, **najpóźniej 3-go dnia roboczego** miesiąca (z wyłączeniem sobót) następującego po wykonaniu usług asystencji osobistej do siedziby **Zamawiającego**, która mieści się w Rumi, przy ul. Ślusarskiej 2,
4. ewidencjonowania zakupu biletów jednorazowych, o którym mowa § 3 i § 5 niniejszej umowy i dostarczania tej ewidencji **najpóźniej 3-go dnia roboczego** miesiąca (z wyłączeniem sobót) następującego po wykonaniu usług asystencji osobistej – w przypadkach, o których mowa w niniejszej umowie,
5. ewidencjonowania przebiegu pojazdu stanowiącego własność asystenta lub ewidencji kosztów dojazdu innym środkiem transportu (np. taksówką) i dostarczania tej ewidencji najpóźniej **3-go dnia roboczego** miesiąca (z wyłączeniem sobót) następującego po wykonaniu usług asystencji osobistej wraz z ewentualnymi fakturami dokumentującymi ww. przejazd – w przypadkach, o których mowa w niniejszej umowie,
6. niezwłocznego informowania **Zamawiającego** o:
7. wszelkich przeszkodach w wykonywaniu zlecenia,
8. zmianach, jakie zaszły po stronie **Wykonawcy**, w tym w odniesieniu do treści oświadczeń, jakie złożył **Zamawiającego** przed zawarciem umowy,
9. przestrzeganie tajemnicy służbowej oraz stosowanie szczególnej ochrony danych osobowych Uczestników/Uczestniczek Programu, również po zakończeniu lub rozwiązaniu niniejszej umowy.
10. informowanie **Zamawiającego** o każdej zmianie sytuacji życiowej i zdrowotnej Uczestnika/Uczestniczki Programu, mającej wpływ na realizację usługi asystencji osobistej,
11. poddanie się kontroli dokonywanej przez **Zamawiającego** w zakresie prawidłowości realizacji przedmiotu niniejszej umowy,
12. przedstawienie na pisemne wezwanie **Zamawiającego** wszelkich informacji i wyjaśnień związanych z realizacją niniejszej umowy, w terminie określonym w wezwaniu,
13. **Wykonawca** ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone **Zamawiającego,** jak   
    i osobom trzecim (w tym Uczestnikom/Uczestniczkom Programu), na rzecz których świadczone są usługi asystencji osobistej) w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem całości lub części niniejszej umowy.

**§ 8**

**Zamawiający** jest uprawniony do dokonywania kontroli wykonywania przez **Wykonawcę** czynności objętych niniejszą umową, w tym do żądania wyjaśnień.

**§ 9**

**Wykonawca** w przypadku zawarcia umowy z Podwykonawcą zobowiązany jest uzyskać uprzednią pisemną zgodę **Zamawiającego**. W tym celu **Wykonawca** zobowiązany jest przedłożyć **Zamawiającemu** projekt umowy z Podwykonawcą.

**§ 10**

1. **Zamawiający i Wykonawca** mają możliwość wypowiedzenia zlecenia z dwutygodniowym okresem wypowiedzenia liczonym od następnego dnia po złożeniu wypowiedzenia. Wypowiedzenie powinno mieć formę pisemną.
2. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana przez **Zamawiającego** ze skutkiem natychmiastowym   
   z ważnych powodów, w tym w szczególności:
3. w przypadku nieprzestrzegania przez **Wykonawcę** zasad określonych w niniejszej umowie,
4. stawienia się w miejsce świadczenia usług asystencji osobistej w stanie wskazującym na spożycie alkoholu czy narkotyków lub innych środków odurzających lub spożywania ich w miejscu świadczenia usług asystencji osobistej,
5. wszczęcia przeciwko **Wykonawcy** postępowania karnego,
6. zakończenia realizacji Programu,
7. rozwiązania umowy zawartej między Gminą miejsko-wiejską Nowy Dwór Gdański a Wojewodą Pomorskiem na finansowanie zadania w ramach Programu.

**§ 11**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi** jest administratorem danych osobowych w rozumieniu 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) w zakresie, w jakim pozyskał dane osobowe w związku z zawarciem niniejszego umowy. Dane kontaktowe administratora są następujące:

adres korespondencyjny ul. Ślusarska 2; 84-230 Rumia

numer telefonu (58**) 671 05 56**

możliwe jest również skorzystanie z [elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP](https://epuap.gov.pl/) (link do strony: adres skrzynki    /MOPSRUMIA/SkrytkaESP)

niezależnie od wprowadzonego kanału komunikacji poprzez skrzynkę podawczą osoby, które nie dysponują środkami do składania kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu elektronicznego potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP, w sprawach danych osobowych mogą korzystać z poczty e-mail [sekretariat@mops.rumia.pl](mailto:sekretariat@mops.rumia.pl)

1. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych osobowych **iodo@mops.rumia.pl**
2. Dane osobowe **Wykonawcy**, z zastrzeżeniem ust. 5 niniejszego paragrafu, wyłącznie w celu wykonania niniejszej umowy, realizacji obowiązków i praw (w tym roszczeń) wiążących się z zawartą umową oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, a także rozliczenia otrzymanych środków z Funduszu Solidarnościowego.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych przez **Miejski Ośrodek Społecznej w Rumi,** z zastrzeżeniem ust. 5 niniejszego paragrafu, jest art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia (w zakresie przetwarzania danych w celu wykonania niniejszej umowy), art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia (w zakresie przetwarzania danych w celu realizacji obowiązków prawnych), art. 6 ust. 1 lit. e rozporządzenia (w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi), art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia (tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, przyjętego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym).
4. Dane osobowe, o których mowa w niniejszym paragrafie, dane osób fizycznych przetwarzane przez **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi**, w szczególności dane osób świadczących/realizujących usługi asystencji osobistej mogą być udostępniane Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej lub Wojewodowi Pomorskiemu m.in. do celów sprawozdawczych czy kontrolnych, podmiotom kontrolującym realizację umowy, organom administracji skarbowej, w zakresie w jakim przekazanie danych osobowych stanowi obowiązek administratora wynikający z przepisów podatkowych, organom administracji publicznej realizującym zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych, w zakresie, w jakim przekazanie danych osobowych stanowi obowiązek administratora wynikający z przepisów prawa oraz w trybie dostępu do informacji publicznej.
5. Dane osobowe, o których mowa w niniejszym paragrafie, będą przetwarzane w imieniu administratora danych osobowych na jego polecenie przez upoważnionych pracowników.
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez administratora danych osobowych przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w ust. 3 niniejszego paragrafu zgodnie z obowiązującą w ośrodku instrukcją kancelaryjną i Programem (przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek). Z zastrzeżeniem tego terminu, jeśli celem przetwarzania danych **Wykonawcy** jest dochodzenie roszczeń, to Administrator przetwarza dane – w tym celu – przez okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów ustawy Kodeks cywilny. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych Administrator przetwarza przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy.
7. Podanie danych osobowych zawartych w niniejszej umowie jest dobrowolne, jednakże ich podanie warunkuje możliwość zawarcia niniejszej umowy.
8. Na zasadach określonych przepisami o ochronie danych osobowych osoba fizyczna, której dane są przetwarzane ma prawo do ochrony swoich danych osobowych, dostępu do nich, uzyskania ich kopii, sprostowania, prawo ograniczenia ich przetwarzania, oraz do wniesienia skargi do Prezesa

Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl, gdy uzna, że przetwarzanie jego danych osobowych przez administratora ochrony danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

1. **Wykonawca** realizuje obowiązek informacyjny, o którym mowa w niniejszym paragrafie w stosunku do osób bezpośrednio realizujących przedmiot umowy.

**§ 12**

1. **Zamawiający**, jako administrator danych osobowych przetwarzanych w ramach realizacji przedmiotu niniejszej umowy powierza **Wykonawcy** przetwarzanie danych w jego imieniu.
2. **Wykonawca:**
   1. zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych przetwarzanych w ramach realizacji niniejszej umowy,
   2. oświadcza, iż zapewni odpowiedni stopień bezpieczeństwa przy przetwarzaniu danych osobowych.
   3. biorąc pod uwagę charakter przetwarzania, w miarę możliwości pomoże **Zamawiającego** poprzez odpowiednie środki techniczne i organizacyjne wywiązać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania jej praw określonych w rozdziale III RODO,
   4. uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomaga **Wykonawcy** wywiązać się z obowiązków określonych w art. 32–36 RODO,
   5. po zakończeniu świadczenia usług asystencji osobistej związanych z przetwarzaniem zależnie od decyzji **Wykonawcy** usuwa lub zwraca mu wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych,
   6. umożliwia **Wykonawcy** lub audytorowi upoważnionemu przez **Wykonawcę** przeprowadzanie audytów, w tym inspekcji;
   7. niezwłocznie informuje **Wykonawcę**, nie później niż w terminie 24 godzin, o naruszeniu ochrony danych osobowych,
   8. bez uszczerbku dla art. 82, 83 i 84 RODO, jeżeli naruszy postanowienia RODO przy określaniu celów i sposobów przetwarzania, uznany zostanie za administratora w odniesieniu do tego przetwarzania.
3. Wykonawca realizuje obowiązek informacyjny wynikający z RODO w stosunku do osób bezpośrednio realizujących usługę asystencji osobistej.

**§ 13**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **……………..2022 roku** do dnia **31 grudnia 2022 roku**.
2. Do spraw nieuregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, Program oraz wytyczne Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej lub Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku.

**§ 14**

Ewentualne spory wynikające z realizacji niniejszej umowy lub jej dotyczące będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla **Zamawiającego**.

**§ 15**

**Strony** postanawiają, że do współpracy w sprawach związanych z wykonaniem umowy upoważnia się:

* 1. ze strony **Wykonawcy**: **……..**,
  2. ze strony **Zamawiającego: …..**

**§ 16**

* + - 1. Ewentualne zmiany i uzupełnienia do niniejszej umowy mogą nastąpić jedynie w formie pisemnej pod rygorem ich bezskuteczności, przy czym:

1. zmiana danych teleadresowych którejkolwiek **ze Stron** niniejszej umowy,
2. zmiana osób upoważnionych do dokonywania czynności prawnych po którejkolwiek **ze Stron**,   
    w tym do jego reprezentacji,
3. zmiana osób, danych kontaktowych określonych w § 15 niniejszej umowy,
4. zmiana ologowania niniejszej umowy,
5. zmiana wzorów określonych w załączniku nr 1 - 3 do niniejszej umowy, w tym zmiana ologowania

nie wymagają formy aneksu. W takim przypadku, konieczne jest jednak doręczenie za potwierdzeniem odbioru drugiej **Stronie** pisemnej informacji o tym fakcie.

1. Warunkami uzasadniającymi wprowadzenie zmian do umowy mogą być przyczyny jak w art. 454-455 Pzp oraz:
2. zaistnienia omyłki pisarskiej lub rachunkowej;
3. zmiana terminu realizacji zamówienia z przyczyn nie leżących po stronie Zamawiającego;
4. zaistnienia, po zawarciu umowy, przypadku siły wyższej, przez którą, na potrzeby niniejszego warunku rozumieć należy zdarzenie zewnętrzne wobec łączącej Zamawiającego i Wykonawcę więzi prawnej: o charakterze niezależnym od Zamawiającego i Wykonawcy, którego Strony nie mogły przewidzieć przed zawarciem umowy, którego nie można uniknąć ani któremu Strony nie mogły zapobiec przy zachowaniu należytej staranności, której nie można przypisać drugiej Stronie. Za siłę wyższą, warunkująca zmianę umowy uważać się będzie w szczególności: powódź, pożar i inne klęski żywiołowe, zamieszki, strajki, ataki terrorystyczne, działania wojenne, nagłe załamania warunków atmosferycznych, nagłe przerwy w dostawie energii elektrycznej, promieniowanie lub skażenia;
5. zmiany powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu zamówienia lub świadczenia Zamawiającego i/lb Wykonawcy; zalecenia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku lub Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia; zmiany warunków realizacji Programu,
6. powstania rozbieżności lub niejasności w rozumieniu pojęć użytych w umowie, których nie będzie można usunąć w inny sposób, a zmiana będzie umożliwiać usunięcie rozbieżności i doprecyzowanie umowy w celu jednoznacznej interpretacji jej zapisów przez Strony;
7. zmiany zapotrzebowania (zwiększenia/zmniejszenia ilości godzin), których nie można było wcześniej przewidzieć w zakresie określonym art. 455 ust. 1 pkt 3 Pzp;
8. w przypadku zmiany liczby Uczestników/Uczestniczek Programu wnioskujących o objęcie wsparciem asystenckim z uwagi na rezygnację lub rekrutację dodatkowych osób,
9. zmiany osób wymienionych w Wykazie osób, stanowiącym załącznik do SWZ pod warunkiem zaproponowania innych osób, zapewniających realizację przedmiotu umowy
10. udzielenia dodatkowego zamówienia (zamówień), na warunkach określonych w Rozdziale 10  SWZ,
11. zmiany umowy będą mogły dotyczyć postanowień, kształtujących treści stosunku prawnego nawiązywanego umową, na które dana, zindywidualizowana przyczyna, określona powyżej wywarła wpływ,
12. zmiany związanej z podatkiem od towarów i usług,
13. w zakresie zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy każdorazowo w przypadku wystąpienia jednej z następujących okoliczności:
14. zmiany wysokości minimalnej stawki godzinowej /minimalnego wynagrodzenia ustalonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,
15. zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotnej,
16. przypadkach określonych w wyżej, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania umowy przez Wykonawcę.
17. Zmiana umowy dotycząca danych osobowych celem dostosowania do obowiązujących przepisów.

**§ 17**

Integralnymi częściami umowy są:

1. SWZ,
2. oferta Wykonawcy z dnia ………………………………………..
3. Program ,,Asystent osoby niepełnosprawnej – edycja 2022”.

**§ 18**

1. Umowa wchodzi w życie w dniu jej podpisania.
2. Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, jeden dla **Wykonawcy** i jeden dla **Zamawiającego**.
3. Każda ze **Stron** potwierdza odbiór egzemplarza umowy.

**\*niepotrzebne skreślić/usunąć**

………………………………………………… ……………………………………………

**Zamawiający**  **Wykonawca**

Załącznik nr 1 do umowy nr …………..

zawartej dnia …………………. 2022r.

*WZÓR*

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Karta realizacji usług asystenta nr .....................................................................................................................................

Imię i nazwisko Uczestnika Programu: ………………………………………………………………...………………………………………………………

Adres Uczestnika Programu: ………………………………...……………………………………………………………………………………………………..

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od ………………….…… do ……….……………….………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Rodzaj usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis Uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu …….……… 2022 r. wyniosła ………. godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego Uczestnikowi Programu

wyniósł ….……………….. zł ‒ koszt kwalifikowany to maksymalnie 300 zł miesięcznie\*\*

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie\*\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

………………………………

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.

\*\*Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

\*\*\*Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej.

Załącznik nr 2 do umowy ……………

zawartej w dniu …………… 2022 roku

**Ewidencja Nr ..............**

**biletów komunikacji publicznej**

**wykorzystanych Przez Asystenta Osobistego**

**Osoby Niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NUMER KOLEJNY BILETU | DATA POBRANIA BILETÓW | | DATA PODRÓŻY | CEL PODRÓŻY | | DATA USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ | NAZWA PRZEWOŹNIKA | CENA BILETU |
| 1. |  | |  |  | |  |  |  |
| 2. |  | |  |  | |  |  |  |
| 3. |  | |  |  | |  |  |  |
| 4. |  | |  |  | |  |  |  |
| 5. |  | |  |  | |  |  |  |
| 6. |  | |  |  | |  |  |  |
| 7. |  | |  |  | |  |  |  |
| 8. |  | |  |  | |  |  |  |
| 9. |  | |  |  | |  |  |  |
| 10. |  | |  |  | |  |  |  |
| OGÓŁEM ILOŚĆ BILET ÓW | |  | | | OGÓŁEM KOSZT BILETÓW | | |  |

Proszę o przesłanie należnej mi kwoty z tytułu poniesionych kosztów na zakup biletów na moje osobiste konto bankowe o numerze (**UWAGA!!! \* *Zaznaczyć właściwe lub usunąć, skreślić niewłaściwe***):

* Numer konta od wskazanego ostatnio **NIE ULEGŁ** zmianie\*
* Numer konta od wskazanego ostatnio **ULEGŁ** zmianie na\*:

..................................................................

(Data i podpis asystenta)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Załącznik nr 3 do umowy nr ………….

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . zawartej dnia ………………….. 2022r.

Dane asystenta osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU**

**za miesiąc** ………………. ……………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data**  **wyjazdu** | **Numer rejestracyjny pojazdu** | **Pojemność silnika** | **Wskazanie rodzaju środka transportu (własny asystenta/inny – wskazać jaki)** | **Opis trasy**  **wyjazdu**  **(skąd-dokąd)** | **Cel wyjazdu** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | **Stawka za**  **1 km przebiegu \***  zł gr | **Wartość**  (8)x(9)  zł gr | **Podpis asystenta** | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podsumowanie strony** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Do przeniesienia/Z przeniesienia** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*Stawka za przejechany 1 km został określony w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie

warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych,

motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. nr 27, poz. 271 z późn. zm.) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm3 - 0,5214 zł;

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm3 - 0,8358 zł;

- dla motocykla - 0,2302 zł;

- dla motoroweru - 0,1382 zł.

**Akceptuję wykonanie zgodnie z umową nr....... z dnia ......... i zatwierdzam do wypłaty**

…………………………………………………………………………………..……………….……

Data, podpis i pieczęć **Zamawiającego**

lub innej osoby upoważnionej przez Zamawiającego

Załącznik nr 4 do umowy ……………

zawartej w dniu …………… 2022 roku

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

* 1. wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej i czynnościach pielęgnacyjnych:

1. myciu głowy, myciu ciała, kąpieli ☐;
2. czesaniu ☐;
3. goleniu☐;
4. obcinaniu paznokci rąk i nóg☐;
5. zmianie pozycji, np. przesiadaniu się z łóżka/krzesła na wózek, ułożeniu się w łóżku☐;
6. zapobieganiu powstaniu odleżyn lub odparzeń☐;
7. przygotowaniu i spożywaniu posiłków i napojów☐;
8. słaniu łóżka i zmianie pościeli☐;
   1. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (w przypadku samodzielnego zamieszkiwania):
9. sprzątaniu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci☐;
10. dokonywaniu bieżących zakupów (towarzyszenie osoby niepełnosprawnej w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka (maksymalnie do 5 kg), prowadzenie wózka osoby niepełnosprawnej lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie)☐;
11. myciu okien☐;
12. utrzymywaniu w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)☐;
13. praniu i prasowaniu odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
14. podaniu dziecka do karmienia, podniesieniu, przeniesieniu lub przewinięciu go☐;
15. transporcie dziecka osoby niepełnosprawnej np. odebraniu ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby niepełnosprawnej)☐;
    1. wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
16. pchanie wózka osoby niepełnosprawnej☐;
17. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych (np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi)☐;
18. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym i słabowidzącym☐;
19. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z: tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu☐;
20. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób niepełnosprawnych oraz taksówkami☐;
21. transport uczestnika Programu samochodem osoby niepełnosprawnej lub asystenta☐;
    1. wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
22. wyjście na spacer☐;
23. asystowanie podczas obecności osoby niepełnosprawnej w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.☐;
24. wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy (np. rozmowie z urzędnikiem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wypełnianiu formularzy)☐;
25. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się;
26. notowanie dyktowanych przez klienta treści ręcznie i na komputerze☐;
27. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas: wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni☐;
28. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych (w obecności osoby niepełnosprawnej)☐.

............................................., ........................ ..........................................

miejscowość data podpis upoważnionego przedstawiciela

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

……………………………..

(nazwa Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 16 LUTEGO 2007 R. O OCHRONIE KONKURENCJI I KONSUMENTÓW (tj.** Dz. U. z 2021 r. poz. 275**)**

Przystępując do udziału w postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na realizację usług społecznych obejmujących:

**,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”**

informuję, iż Wykonawca:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres Wykonawcy

1. **nie należy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów\***
2. **należy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów\***

UWAGA- GRUPA KAPITAŁOWA - według ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów - rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę.

Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** | **Adres podmiotu** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\*niewłaściwe skreślić**

**UWAGA! W przypadku zaznaczenia pkt 2 należy wypełnić powyższą tabelę**

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

**Załącznik nr 8 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

……………………………..

(nazwa Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO SEKTORA MAŁYCH I ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTW**

Przystępując do udziału w postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na realizację usług społecznych obejmujących:

**,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”**

**”**

informuję, iż Wykonawca:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres Wykonawcy

**NALEŻY / NIE NALEŻY DO SEKTORA MAŁYCH I ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTW**\*

**\*niewłaściwe skreślić**

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

**Załącznik nr 9 do SWZ**

**DA.221.1.2022**

……………………………..

(nazwa Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SYTUACJI EKONOMICZNEJ WYKONAWCY**

Przystępując do udziału w postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na realizację usług społecznych obejmujących:

**,,świadczenie usług ASYSTENCJI OSOBISTEJ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - mieszkańców gminy MIEJSKIEJ RUMIA (UCZESTNIKÓW PROGRAMU), świadczona na zasadach zgodnych z Programem Ministerstwa RODZINY i POLITYKI SPOŁECZNEJ „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego”**

informuję, iż Wykonawca:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres Wykonawcy

- posiada / nie posiada\* zaległości w opłacaniu podatków

- posiada / nie posiada\* zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne

- nie wszczęto wobec Wykonawcy postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego,

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ (rozdz. 8)**

**\*niewłaściwe skreślić**

1. Art.  94.  [Warunki stawiane wykonawcom ubiegającym się o zamówienie]

   1. Zamawiający może zastrzec w ogłoszeniu o zamówieniu, że o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wyłącznie wykonawcy mający status zakładu pracy chronionej, spółdzielnie socjalne oraz inni wykonawcy, których głównym celem lub głównym celem działalności ich wyodrębnionych organizacyjnie jednostek, które będą realizowały zamówienie, jest społeczna i zawodowa integracja osób społecznie marginalizowanych, w szczególności:

   1) osób niepełnosprawnych w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/16798906?cm=DOCUMENT) z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573),

   2) bezrobotnych w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/17091885?cm=DOCUMENT) z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409, 2023, 2369 i 2400),

   3) osób poszukujących pracy, niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej, w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/17091885?cm=DOCUMENT) z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

   4) osób usamodzielnianych, o których mowa w [art. 140 ust. 1](https://sip.lex.pl/#/document/17720793?unitId=art(140)ust(1)&cm=DOCUMENT) i [2](https://sip.lex.pl/#/document/17720793?unitId=art(140)ust(2)&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821 oraz z 2021 r. poz. 159),

   5) osób pozbawionych wolności lub zwalnianych z zakładów karnych, o których mowa w [ustawie](https://sip.lex.pl/#/document/16798687?cm=DOCUMENT) z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r. poz. 53 i 472), mających trudności w integracji ze środowiskiem,

   6) osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/16796239?cm=DOCUMENT) z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685),

   7) osób bezdomnych w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/17087802?cm=DOCUMENT) z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 i 2369 oraz z 2021 r. poz. 794 i 803),

   8) osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, o których mowa w [ustawie](https://sip.lex.pl/#/document/17041683?cm=DOCUMENT) z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666 i 2020 oraz z 2020 r. poz. 322 i 2023),

   9) osób do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, posiadających status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia,

   10) osób będących członkami mniejszości znajdującej się w niekorzystnej sytuacji, w szczególności będących członkami mniejszości narodowych i etnicznych w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/17156617?cm=DOCUMENT) z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 823)

   - pod warunkiem, że procentowy wskaźnik zatrudnienia osób należących do jednej lub więcej kategorii, o których mowa w pkt 1-10, jest nie mniejszy niż 30% osób zatrudnionych u wykonawcy albo w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie.

   2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, zamawiający może żądać dokumentów lub oświadczeń potwierdzających:

   1) status wykonawcy jako zakładu pracy chronionej lub spółdzielni socjalnej lub dokumentów potwierdzających prowadzenie przez wykonawcę lub przez jego wyodrębnioną organizacyjnie jednostkę, która będzie realizowała zamówienie, działalności, której głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób społecznie marginalizowanych;

   2) procentowy wskaźnik zatrudnienia osób należących do jednej lub więcej kategorii, o których mowa w ust. 1, zatrudnionych przez zakłady pracy chronionej, spółdzielnie socjalne lub wykonawcę lub jego wyodrębnioną organizacyjnie jednostkę, która będzie realizowała zamówienie. [↑](#footnote-ref-1)
2. **\*** Zapis zamieszczony we wzorze formularza w celach informacyjnych – do usunięcia przez Wykonawcę

   W zależności od formy prawnej Wykonawcy

   OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOĆ GOSPODARCZĄ -...... PESEL………zamieszkały w ...... (kod pocztowy ......), przy ul. ......, wpisany do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez ......, pod numerem ......, prowadzący działalność gospodarczą pod firmą...... w ...... (kod pocztowy ......), przy ul. ......, NIP ......, REGON............,

   SPÓŁKA AKCYJNA (S.A.) I SPÓŁKA KOMANDYTOWO-AKCYJNA (S.K.A.) – Spółka Akcyjna z siedzibą w ...... (kod pocztowy ......), przy ulicy ...... wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ......, pod nr KRS ......, o kapitale zakładowym w wysokości ......zł, wpłaconym w wysokości ......, NIP ......, REGON ......,:

   SPÓŁKA Z OGRANICZONĄODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (sp. z o.o. lub spółka z o.o.) – Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w ...... (kod pocztowy ......), przy ulicy ......, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ......, pod nr KRS ......, o kapitale zakładowym w wysokości ...... zł, NIP ......, REGON ......,

   SPÓŁKI OSOBOWE: SPÓŁKA JAWNA (sp.j.), SPÓŁKA KOMANDYTOWA (sp.k.), SPÓŁKA PARTNERSKA (sp.p.) – ...... Spółka ….. z siedzibą w ...... (kod pocztowy ......), przy ulicy ......, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ......, pod nr KRS ......, NIP ......, REGON ......,

   SPÓŁKA CYWILNA (s.c.) –….... PESEL………..zamieszkały w ...... (kod pocztowy ......), przy ul. ......, wpisany do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez ......, pod numerem ...... i ...... PESEL………….zamieszkały w ...... (kod pocztowy ......), przy ul. ......, wpisany do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez ......, pod numerem ......, prowadzący wspólnie działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod firmą...... w ...... (kod pocztowy ......), przy ul. ......, NIP ......, REGON............na podstawie umowy spółki z dnia…….,

   - STOWARZYSZENIA, INNE ORGANIZACJE SPOŁECZNE I ZAWODOWE, FUNDACJE WPISANE DO KRS – ... z siedzibą w ...... (kod pocztowy ......), przy ulicy ......, wpisana do Rejestru Stowarzyszeń/Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ......, pod nr KRS ......, NIP ........., REGON ...... [↑](#footnote-ref-2)