**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**na przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia zawodowego wewnętrznego pt.:**

**„Opiekun/Opiekunka osób starszych-szkolenie podstawowe”**

**Nr postępowania: 04/10/2014/LD, data: 10.03.2014 r.**

1. **NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

Fundacja Aktywizacja

ul. Wiśniowa 40 b lok. 8

02-520 Warszawa

KRS 0000049694

NIP 527-13-11-973

Tel: 22 530 18 50

Fax: 22 530 18 58

[**www.aktywizacja.org.pl**](http://www.aktywizacja.org.pl)

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**
2. Przedmiotem Zapytania ofertowego jest przygotowanie i przeprowadzenie w terminie od 17 do 28 listopada 2014 r. 60 godzin szkoleniowych przez wybranego/-ą trenera/-kę dla uczestników/-czek projektu z zakresu „Opiekun/Opiekunka osób starszych-szkolenie podstawowe”.
3. Szkolenie będzie trwało łącznie 60 godzin – 6 godzin dziennie przez 10 dni roboczych (rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).
4. Strony będą związane umową od dnia podpisania umowy cywilno-prawnej (umowa zlecenie) do dnia zakończenia realizacji działania.
5. Szkolenia będą realizowane jako szkolenia zawodowe o nazwie „Opiekun/Opiekunka osób starszych-szkolenie podstawowe”, których zakres tematyczny musi być zgodny z „Programem ogólnym szkolenia zawodowego wewnętrznego - „Opiekun/Opiekunka osób starszych-szkolenie podstawowe” stanowiącym Załącznik nr 6 do niniejszego Zapytania ofertowego.
6. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie osobiście, bez możliwości zlecania osobom trzecim.
7. Szkolenie będzie obejmowało 4 uczestników/-czek.
8. Uczestnikami/-czkami szkolenia będą osoby niepełnosprawne, uczestnicy projektu pt. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 1.3. Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej, Poddziałanie 1.3.6. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
9. **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

80000000-4 Usługi edukacyjne i szkoleniowe

80500000-9 Usługi szkoleniowe

1. **ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

**Wykonawca zobowiązany jest do:**

1. przygotowania i przekazania Zamawiającemu „Programu szczegółowego szkolenia” wraz z materiałami szkoleniowymi (w formie skryptu w formacie pdf) w terminie 5 dni roboczych od dnia wybrania Wykonawcy,
2. przekazania Zamawiającemu „Programu szczegółowego szkolenia” wraz z materiałami szkoleniowymi na prawach licencji Creative commons,
3. przygotowania „Programu szczegółowy szkolenia” na podstawie „Programu ogólnego szkolenia zawodowego wewnętrznego – Opiekun/Opiekunka osób starszych-szkolenie podstawowe” stanowiący Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego,
4. do korekty „Programu szczegółowego szkolenia” lub materiałów, o ile Zamawiający zgłosi Wykonawcy taką konieczność w terminie 2 dni roboczych,
5. przygotowanie „Programu szczegółowego szkolenia” na podstawie wzoru przekazanego przez Zamawiającego,
6. przekazanie Zamawiającemu starannie i poprawnie uzupełnionej oraz pełnej dokumentacji dotyczącej szkolenia obejmującej dokumenty powstałe w wyniku wykonania przez Wykonawcę obowiązków określonych w pkt. 2-7, co jest warunkiem wypłaty wynagrodzenia,
7. przygotowania i przeprowadzenia badania potrzeb szkoleniowych uczestników/-czek szkolenia,
8. przygotowania i przeprowadzenia szkolenia zawodowego „Opiekun/Opiekunka osób starszych-szkolenie podstawowe”,
9. przygotowania i przeprowadzenia końcowego sprawdzianu wiedzy uczestników/-czek szkolenia w postaci testu końcowego wiedzy i/lub zadania kontrolnego wymagającego oceny,
10. przygotowania i przeprowadzenia poprawy końcowego sprawdzianu wiedzy dla uczestników/-czek szkolenia, którzy/-re nie otrzymają zaliczenia w pierwszym terminie (sprawdzian poprawkowy powinien odbyć się w ciągu 30 dni od dnia zakończenia szkolenia; dopuszcza się formę zdalną sprawdzianu poprawkowego),
11. sporządzenia dla każdego/-ej uczestnika/-czki szkolenia indywidualnej opinii dotyczącej postępów bądź dalszych potrzeb edukacyjnych w zakresie szkolenia po zakończeniu szkolenia z zastosowaniem przekazanego przez Zamawiającego wzoru formularza,
12. podpisania Zaświadczeń o ukończeniu szkolenia,
13. prowadzenia oraz starannego uzupełniania dokumentacji szkoleniowej dostarczonej przez Zamawiającego,
14. terminowego rozliczenie się z przeprowadzonego szkolenia,
15. współpracy z Zamawiającym (z osobami zaangażowanymi w realizację projektu).
16. **ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO**

**Zamawiający zobowiązuje się do:**

1. opracowania i przekazania Wykonawcy formularzy dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia szkolenia, służących do potwierdzenia udziału beneficjentów w szkoleniu oraz otrzymanie przez nich wsparcia w zaplanowanym terminie i zakresie,
2. zapewnienia zaplecza szkoleniowego: sali wyposażonej w sprzęt komputerowy wraz z dostępem do Internetu.
3. wydruku i dostarczenia uczestnikom/-czkom materiałów szkoleniowych przygotowanych
i przekazanych nie później niż 3 dni przez szkoleniem Zamawiającemu przez Wykonawcę.
4. **TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin szkolenia: 17 – 28 listopada 2014r.

Miejsce: Centrum Kształcenia w Kowiesach,

Kowiesy 86, 96-111 Kowiesy

1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

1. posiadają wykształcenie wyższe medyczne,
2. posiadają wiedzę i doświadczenie zawodowe w pracy szkoleniowca w zakresie opiekuna osób starszych (min. 120 godzin udokumentowanego doświadczenia),
3. są osobami fizycznymi, osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą,
4. nie pracują jednocześnie w instytucji uczestniczącej w realizacji PO KL na podstawie stosunku pracy, chyba że nie zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie, a jeżeli są zatrudnieni w innych projektach PO KL lub NSRO muszą podpisać oświadczenie o nie przekroczeniu 240h/mc,
5. nie są powiązani kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym.
6. **DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW:**

Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełnienia warunków:

1. Wypełniony formularz oferty (Zał. nr. 1),
2. Życiorys zawodowy z przebiegiem nauki, pracy zawodowej, informacji o odbytych szkoleniach, kursach, posiadanych umiejętnościach (Zał. nr. 2),
3. Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń (Zał. nr. 3),
4. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (Zał. nr. 4),
5. Oświadczenie o braku jednoczesnego zatrudnienia w instytucji uczestniczącej w realizacji PO KL (Zał. nr. 5).
6. **WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ ZAMÓWIENIA**

Rozliczenia związane z realizacją zamówienia będą prowadzone w PLN.

1. **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**
2. Oferta powinna mieć formę pisemną, być opatrzona pieczątką firmową (jeśli dotyczy),  zawierać datę sporządzenia oraz obowiązkowo podpis i pieczątkę imienną (jeśli dotyczy) osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy.
3. Składając ofertę, Wykonawca musi przedłożyć prawidłowo przygotowane i podpisane dokumenty opisane w punkcie 8.
4. Wszystkie składane przez Wykonawcę dokumenty powinny zostać złożone w formie oryginału bądź kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
5. Dokumenty złożone w języku obcym winny być dołączone i przetłumaczone na język polski
oraz dodatkowo poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
6. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
7. Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty zostały kolejno ponumerowane.
8. Ofertę należy doręczyć w formie pisemnej, drogą pocztową lub osobiście do siedziby Zamawiającego.
9. **OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI**

Dawid Świątek

Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych

Oddział Fundacji Aktywizacja w Łodzi

ul. Dowborczyków 30/34

90-019 Łódź

tel. 42 237 55 27

e-mail: dawid.swiatek@idn.org.pl

1. **MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę należy złożyć w:

Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych

Oddział Fundacji Aktywizacja w Łodzi

ul. Dowborczyków 30/34

90-019 Łódź

do dnia 17.10.2014 r. do godziny 16:00

Koperta powinna zawierać opis „Oferta na wykonanie usług szkoleniowych w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 04/10/2014/LD z dnia 03.10.2014 r.”

1. **KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY**W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający dokona oceny i wyboru ofert spośród Wykonawców spełniających warunki określone w punkcie 7 w oparciu o kryterium wyboru: Cena na godzinę pracy [brutto][[1]](#footnote-1).
2. **SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY**
3. Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert.

Cena brutto za godzinę pracy – waga 100%

1. Sposób przyznawania punktacji za spełnienie kryterium

Punkty za kryterium "cena" zostaną obliczone na podstawie wzoru:

najniższa cena brutto analizowanych ofert za godzinę pracy

x 100 = liczba punktów

 cena brutto oferty badanej za godzinę pracy

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą ilość punktów.

Wyboru najkorzystniejszej oferty dokona komisja. Od dokonanego wyboru nie przewiduje się odwołań.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość niedokonania wyboru. W ramach wyboru oferenta przewidziano prowadzenie negocjacji.

1. **INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY
W CELU ZAWARCIA UMOWY**

Zamawiający poinformuje drogą elektroniczną o wynikach postępowania każdego z Oferentów.

Z wybranym Wykonawcą zostanie ustalony termin podpisania umowy.

1. **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Termin związania ofertą to 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.

1. **UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.
W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

1. **FINANSOWANIE**

Zamówienie jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu pt. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”.

1. **UWAGI KOŃCOWE**
2. Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane są z beneficjentem
lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.
3. Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych,
a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Fundacji Aktywizacja do zawarcia umowy. Fundacja Aktywizacja może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.
4. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
5. W przypadku stwierdzenia w ofertach/ofercie oczywistych omyłek pisarskich, oczywistych omyłek rachunkowych bądź innych oczywistych omyłek polegających na niezgodności ofert/oferty z przedmiotowym zapytaniem Zamawiający wezwie Wykonawców do sprostowania wyżej wymienionych omyłek w treści złożonych ofert.
6. **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Życiorys zawodowy

Załącznik nr 3 – Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń

Załącznik nr 4 – Oświadczenie o braku jednoczesnego zatrudnienia

w instytucji uczestniczącej w realizacji PO KL

Załącznik nr 5 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 6 – Program ogólny szkolenia „Opiekun/Opiekunka osób starszych-szkolenie podstawowe”

Załącznik nr 7 – Wzór programu szczegółowego szkolenia

 ………………………………………………….

 (data i podpis)

*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **04/10/2014/LD, data: 10.03.2014 r.**

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV) 80000000-4, 80500000-9.

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

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

NIP: .................................................

REGON: .................................................

Numer rachunku bankowego: .................................................

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru Wykonawcy szkolenia zawodowego
pn.: „**Opiekun osób starszych-szkolenie podstawowe**”** ramach projektu pn. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna, w ramach Działania 1.3. Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej, Podziałanie 1.3.6 PFRON - projekty systemowe, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, składam ofertę **na stanowisko trenera/-ki szkolenia** za następującą cenę:

**Cena na godzinę pracy [brutto[[2]](#footnote-2)]** …………………..……… **PLN**

**Cena na godzinę pracy [netto]** …………………….……. **PLN**

**Specyfikacja dot. usługi/towaru:**

Stanowisko trenera/-ki szkolenia w okresie realizacji projektu tj. 31.03.2015r. – zależnie od zapotrzebowania szkoleniowego beneficjantów, w wymiarze 60 godzin szkoleniowych.

1. Oświadczam, że "Program szczegółowego szkolenia” wraz z materiałami szkoleniowymi (w formie skryptu w formacie pdf) przekazuję Zamawiającemu na prawach licencji Creative commons.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/-am informacje konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia otwarcia ofert.
4. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.
6. Do niniejszego formularza są załączone i stanowią integralną część niniejszej oferty, następujące dokumenty:
	1. Referencja od pracodawcy, firmy szkoleniowej dot. jakości przeprowadzonego szkolenia

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **04/10/2014/LD** (Kod CPV 80000000-4, 80500000-9,) w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Życiorys zawodowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uczelni; ośrodka szkoleniowego oraz data ukończenia | Uzyskany stopień lub dyplom |
|  |  |
|  |  |

Doświadczenie zawodowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Miejscowość | Firma | Stanowisko |
|  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Miejscowość | Firma | Stanowisko |
|  |  |  |  |
|  |

Inne informacje:

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w zakresie prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **04/10/2014/LD** (Kod CPV 80000000-4, 80500000-9) w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonych szkoleń** | **Liczba godzin szkoleniowych** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy (w tym uczestnictwo osób niepełnosprawnych: T/N)** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

……………….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **04/10/2014/LD** (Kod CPV 80000000-4, 80500000-9) w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/-y ……………………..…………………………………………….………, zamieszkała/-y ……………………………………………………………………………………………………………….., legitymująca/-y się dowodem osobistym Nr ….……………….**,** ubiegając się o zaangażowanie w ramach projektu systemowego pn. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych’’ realizowanego przez Fundację Pomocy Matematykom i Informatykom Niesprawnym Ruchowo
w Warszawie oświadczam, że:

1) **jestem/nie jestem\*** zatrudniona/-y na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji PO KL /Instytucja Zarządzająca, Instytucja Pośrednicząca, Instytucja Wdrażająca (Instytucja Pośrednicząca II stopnia), Regionalny Ośrodek EFS, Krajowy Ośrodek EFS oraz Krajowa Instytucja Wspomagająca/**\*\***.

**Wymiar zatrudnienia\*\*\* -** …………..……., zajmowane stanowisko …………………………………………………

**…**……………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

Nazwa i adres instytucji**\*\*\***…………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….….,

W przypadku zaangażowania mnie do realizacji zlecenia, o które się ubiegam nie będzie zachodził konflikt interesów**\*\*\*\*** ani podwójne finansowanie w związku
z innymi wykonywanymi przeze mnie zadaniami służbowymi w ramach zatrudnienia w instytucji uczestniczącej w realizacji PO KL.

2) **jestem/nie jestem\*** zaangażowany/ na w innym projekcie finansowanym w ramach PO KL, jak również w ramach innych programów NSRO.

**Forma zaangażowania\*\*\***: umowa o pracę w wymiarze …………..……., umowa zlecenie, umowa
o dzieło, inna forma - …………………………………………………………..……\*, zajmowane stanowisko ……………………………………………………………………………………..……..……., okres obowiązywania umowy ………………………………………………………………………, miesięczny wymiar godzin …………………… .

**Forma zaangażowania\*\*\***: umowa o pracę w wymiarze …………..……., umowa zlecenie, umowa
o dzieło, inna forma - ………………………………………………..……………..……\*, zajmowane stanowisko ………………………………………………………………………..………………………..……., okres obowiązywania umowy ………………………………………………………………………, miesięczny wymiar godzin …………….……….

**Forma zaangażowania\*\*\***: umowa o pracę w wymiarze …………..……., umowa zlecenie, umowa
o dzieło, inna forma - …………………………………………………………..…………..……\*, zajmowane stanowisko …………………………………………………………………………..…………..……..……., okres obowiązywania umowy ………………………………………………………………………, miesięczny wymiar godzin …………………… .

3) w przypadku zaangażowania mnie do realizacji zlecenia, o które się ubiegam obciążenie wynikające
z zaangażowania w realizację zadań w więcej niż jednym projekcie nie będzie wykluczało możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich powierzonych mi zadań oraz:

1. łączne zaangażowanie w realizację zadań we wszystkich projektach NSRO nie przekroczy 240 godzin miesięcznie;
2. będę prowadzić ewidencję godzin i zadań realizowanych w ramach wszystkich projektów NSRO,
z wyłączeniem przypadku gdy praca w ramach kilku projektów wykonywana jest
na podstawie jednego stosunku pracy lub zadania są realizowane na podstawie umów,
w wyniku których następuje wykonanie oznaczonego dzieła, np. raportu z badania
lub ekspertyzy;
3. będę przekazywać Zleceniodawcy ewidencję, o której mowa w pkt. b, w odniesieniu do okresu wykonywania zadań w ramach projektu Zleceniodawcy, na warunkach określonych
w umowie zlecenia.

Powyższe warunki dotyczące zatrudniania/angażowania personelu do projektu wynikają z Wytycznych
w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z dnia 01.07. 2013 roku i Zasad finansowania PO KL z dnia 24.12 2012 roku.

…………..……………………………

(data i czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy podkreślić właściwą instytucję, jeżeli dotyczy

\*\*\* jeżeli dotyczy

\*\*\*\*konflikt interesów jest rozumiany jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności, tj. w szczególności: przyjmowanie jakiejkolwiek formy zapłaty za wykonywanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub zajęcia zarobkowego mogącego mieć negatywny wpływ na bezstronność prowadzenia spraw służbowych.

*Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **04/10/2014/LD** (Kod CPV 80000000-4, 80500000-9) w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.
Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym
lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi
w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego*

Program ogólny

Szkolenie zawodowe wewnętrzne „Opiekun/Opiekunka osób starszych – szkolenie podstawowe”

# Nazwa formy kształcenia

Szkolenie przeznaczone jest dla osób zainteresowanych przygotowaniem teoretycznym wiedzy oraz podjęciem zatrudnienia polegającego na świadczeniu usług  w zakresie opieki nad ludźmi starszymi, (a także dodatkowo: osobami niepełnosprawnymi oraz chorymi).

# Czas trwania, sposób realizacji

1. Czas trwania kursu: 60 godzin - 10 spotkań x 6 godzin dydaktycznych (60 godzin).
2. Sposób realizacji: zajęcia teoretyczne (wykłady, prezentacje), zajęcia praktyczne (ćwiczenia).

# Wymagania wstępne, sylwetka Uczestnika/-czki Projektu

1. Informacja wynikająca z badania potrzeb szkoleniowych zawarta w Indywidualnym Planie działania.
2. Predyspozycje psychofizyczne do wykonywania zawodu (osoba silna fizycznie, odporna psychicznie, z dużą motywacją do pracy w zawodzie) , wiek: osoby pełnoletnie.
3. Predyspozycje, zainteresowania lub doświadczenie zawodowe z zakresu opieki osób starszych.
4. Kurs przeznaczony jest dla Uczestników/-czek Projektu poszukujących zatrudnienia
na stanowisku opiekuna osób starszych.

# Program szkolenia

|  |  |
| --- | --- |
| Temat | Liczba godzin |
| Moduł I – Rola i zadania opiekuna osób starszych | 8 |
| Moduł II – Anatomia i fizjologia | 12 |
| Moduł III – Choroby wieku podeszłego | 15 |
| Moduł IV – Zabiegi pielęgnacyjne i higiena chorego | 15 |
| Moduł V – Zasady żywienia i rodzaje diet | 10 |
| Razem | 60 |

# Treści kształcenia

Moduł I – Rola i zadania opiekuna osób starszych

1. Formy opieki i pomocy ludziom starszym.
2. Sylwetka zawodowa opiekuna.
3. Radzenie sobie opiekuna ze stresem oraz sytuacjami trudnymi i konfliktowymi.
4. Opieka nad umierającymi i towarzyszenie śmierci.
5. Komunikacja z podopiecznymi i ich rodzinami.

Moduł II – Anatomia i fizjologia

1. Fizjologiczne i psychologiczne aspekty procesu starzenia się
2. Objawy charakterystyczne dla schorzeń poszczególnych układów.
3. Obserwacja chorego
4. Pomiar i analiza podstawowych parametrów życiowych

Moduł III – Choroby wieku podeszłego

1. Pierwsza pomoc przedmedyczna w gerontologii i geriatrii.
2. Nadciśnienie tętnicze i choroby krążenia
3. Osteoporoza - choroby zwyrodnieniowe kości i stawów
4. Zaburzenia pamięci, choroba Alzheimera
5. Inne choroby: choroba Parkinsona, demencja, cukrzyca.

Moduł IV – Zabiegi pielęgnacyjne i higiena chorego

1. Higiena osobista i otoczenia.
2. Metody i techniki wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.

- przystosowanie łóżka do stanu ogólnego osoby starszej,
- zasady mycia ciała,
- higiena intymnych części ciała,
- pielęgnacja stóp i paznokci,
- zasady wykonania kąpieli w wannie lub pod natryskiem,
- pielęgnacja jamy ustnej,
- zapobieganie odleżynom, pielęgnacja odleżyn.

1. Zapobieganie powikłaniom długotrwałego unieruchomienia osób chorych, starszych, niepełnosprawnych.
2. Podstawy rehabilitacji podopiecznych.

Moduł V – Zasady żywienia i rodzaje diet

1. Niedożywienie i metody dożywienia
2. Zasady prawidłowego żywienia z wyeksponowaniem roli składników pokarmowych istotnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu osób w podeszłym wieku.
3. Dieta lekkostrawna dla osób z miażdżycą i chorobą niedokrwienną serca
4. Dieta o niskim indeksie glikemicznym dla osób z cukrzycą typu II i otyłością
5. Dieta przeciwnowotworowa
6. Wybrane zagadnienia z farmakoterapii.

# Literatura zalecana i pomoce naukowe

1. Materiały szkoleniowe przygotowane przez Trenera/-kę szkolenia

# Warunki zaliczenia szkolenia.

1. Szkolenie kończy się sprawdzianem kompetencji i umiejętności z zakresu tematyki szkolenia – testem wiedzy i/lub zadaniem kontrolnym.
2. Warunkiem zaliczenia szkolenia jest zdobycie ze sprawdzianu minimum 70% możliwych
do zdobycia punktów (ocena dotyczy testu wiedzy i/lub zadania kontrolnego).
3. Do sprawdzianu zostaje dopuszczona osoba, która w czasie trwania szkolenia spełniła następujące warunki:
* frekwencja minimum 80%;
* systematyczna i rzetelna praca w czasie zajęć;
* odrabianie prac domowych i przygotowywanie się do zajęć.
1. Po zaliczeniu szkolenia osoba kończąca go dostaje „Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia”.
2. Jeśli osoba nie uzyska zaliczenia, możliwa jest poprawa sprawdzianu w terminie 30 dni
od zakończenia zajęć (dopuszcza się formę zdalną sprawdzianu). Jeżeli w drugim terminie osoba także nie uzyska zaliczenia, dostaje „Zaświadczenie o uczestnictwie w szkoleniu”.
3. Warunkiem otrzymania „Zaświadczenia o uczestnictwie w szkoleniu” jest frekwencja między 50 % a 80 %.

## Dodatkowe wytyczne dla szkolenia

1. Osadzenie tematyki kursu w kontekście aktywizacji zawodowej Uczestnika/Uczestniczki Projektu.
2. Program ogólny szkolenia jest programem ramowym. Trener/-ka szkolenia zawodowego przygotowuje Program szczegółowy szkolenia w oparciu o Program ogólny.

*Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego*

Wzór Programu szczegółowego szkolenia wraz z materiałami szkoleniowymi

(Wersja 1.1)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko szkoleniowca |  |
| Miejsce szkolenia |  |
| Nazwa szkolenia |  |
| Okres realizacji szkolenia | Od

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 7 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 |

Do

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 8 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 |

 |
| Sposób realizacji |  |
| Sylwetka uczestnika/-czki szkolenia |  |
| Cele szkolenia |  |
| **Plan nauczania** |
| Temat | Liczba godzin | Omawiane zagadnienia/treści w ramach tematu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Suma: |  |
| Sposób sprawdzenia wiedzy uczestnika/-czki szkolenia |  |
| Wykaz literatury i materiałów dydaktycznych |  |
| Materiały szkoleniowe[[3]](#footnote-3) – wykaz | 1.2.3. |
| Data i podpis szkoleniowca |  |

1. W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (zg. z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2012 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2013 r. oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2013 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2014 r.) kwota brutto oznacza kwotę z pełnymi składkami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (zg. z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2012 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2013 r. oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2013 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2014 r.) kwota brutto oznacza kwotę z pełnymi składkami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym. [↑](#footnote-ref-2)
3. Załączniki do Programu szczegółowego. [↑](#footnote-ref-3)