*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **57/07/2014/LD, data: 30.07.2014 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[[1]](#footnote-1)]** …………………..……… **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 **57/07/2014/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 **57/07/2014/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 **57/07/2014/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 **57/07/2014/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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 4 |

Do

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 0 | 9 | 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[[2]](#footnote-2) – 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. Załączniki do Programu szczegółowego. [↑](#footnote-ref-2)