

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY
w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **09/07/2014/OP**, data: **03.07.2014 r.**

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV):

80000000-4 – Usługi edukacyjne i szkoleniowe

80500000-9 – Usługi szkoleniowe

80530000-8 – Usługa szkolenia zawodowego

Imię i nazwisko lub nazwa firmy (jeśli dotyczy) oraz adres Wykonawcy

.....
email:

NIP:

REGON:

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru Wykonawcy szkolenia w ramach projektu pn. „Od samodzielności do aktywności zawodowej” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę **na przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia zawodowego „Opiekun/Opiekunka osób starszych – szkolenie podstawowe” za następującą cenę za godzinę pracy:**

Cena [brutto]* PLN

Cena [netto] PLN

Specyfikacja dot. usługi/towaru:

Przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia „Opiekun/Opiekunka osób starszych – szkolenie podstawowe” w wymiarze 60 h w okresie realizacji projektu tj. od dnia podpisania umowy maksymalnie do dnia 12.09.2014 r.

1. Oświadczam, że "Program szczegółowego szkolenia" wraz z materiałami szkoleniowymi (w formie elektronicznej) prześlę Zamawiającemu.
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 upływu terminu składania ofert.
4. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.

.....
*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy*

* W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (z.g. 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.

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **09/07/2014/OP** w ramach projektu „Od samodzielności do aktywności zawodowej” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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 z prowadzenia szkoleń

Dotyczy zapytania ofertowego nr **09/07/2014/OP** w ramach projektu „Od samodzielności do aktywności zawodowej” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Lp.	Tematyka przeprowadzonych szkoleń (liczba godzin szkoleniowych)	Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy (w tym uczestnictwo osób niepełnosprawnych)	Okres wykonywania zadania	Pracodawca

.....

(podpis Wykonawcy)



Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **09/07/2014/OP** w ramach projektu „Od samodzielności do aktywności zawodowej” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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 5 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

Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych w Opolu



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.
3. Zapobieganie powikłaniom długotrwałego unieruchomienia osób chorych, starszych, niepełnosprawnych.
4. 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.
4. Po zaliczeniu szkolenia osoba kończąca go dostaje „Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia”.
5. 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”.
6. 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 6 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		
		2	0 1 4
Do			
		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 ¹ – wykaz	1. 2. 3.		
Data i podpis szkoleniowca			

¹ Załączniki do Programu szczegółowego.