



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach

ul. Leśna 17, 24-100 Puławy

tel.81 458 62 01; fax 81 458 62 09;

www.mops.pulawy.pl; sekretariat@mops.pulawy.pl; ePUAP: mops_pulawy

Nr konta PKO BP S.A. 95 1020 3147 0000 8302 0160 0733

Puławy, dnia 18.08.2025r.

NO.260.192.2025.1

Zapytanie ofertowe

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach zaprasza do złożenia oferty, na świadczenie wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025.

Szczegółowe informacje na temat zatrudnienia znajdują się w opisie przedmiotu zamówienia stanowiącego załącznik nr 1.

Kryterium wyboru oferty będzie cena.

Ofertę można złożyć tylko jedną najpóźniej do dnia 26.08.2025 roku w formie pisemnej za pośrednictwem poczty, kuriera lub osobiście w zamkniętej kopercie z napisem: „Oferta na świadczenie wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Leśna 17, 24 — 100 Puławy.

Niniejsze zapytanie ofertowe prowadzone jest- zgodnie z art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.

Prawo Zamówień Publicznych.

Wskaz załączników:

Załącznik Nr 1- Opis przedmiotu zamówienia

Załącznik Nr 2- Formularz oferty

Załącznik nr 3- Wykaz doświadczenia

Załącznik Nr 4- Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych na potrzeby postępowania rekrutacyjnego

Załącznik Nr 5- Oświadczenie kandydata,:

- że ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych oraz
- że nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Puławach
Beata Wagner

	sprawę prowadzi:	Główny specjalista – Magdalena Byszewska
	tel.:	81 458 69 79 pok.16
	e-mail:	mbyszewska@mops.pulawy.pl
	Dział Organizacyjny Kierownik – Piotr Spizewski, pok. 14 tel.: 81 458 62 07; e-mail: piotr.spizewski@mops.pulawy.pl	

Opis Przedmiotu Zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest zapewnienie usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu terytorialnego – edycja 2025 realizowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego dla dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 orzeczenia o niepełnosprawności w wymiarze 186 godzin usług do końca 2025r.

Usługi asystencji osobistej będą polegały w szczególności na :

- Wsparciu przez asystenta w transporcie dziecka w celu zawiezienia/ odebrania z placówki oświatowej/ rehabilitacyjnej,
- Wsparciu przez asystenta przy wyjściu na spacer,
- Wsparciu przez asystenta w wykonywaniu przez dziecko czynności samoobsługowych,
- Wsparciu przez asystenta w organizowaniu czasu wolnego dziecka.

I. Miejsce realizacji usługi

W miejscu zamieszkania uczestnika projektu (miasto Puławy) oraz w miejscach aktywności społecznej uczestnika w zależności od potrzeb.

II. Koszty usługi

Ze środków Programu będą pokrywane koszty związane bezpośrednio z realizacją usługi asystencji osobistej tj.

1. Wynagrodzenie asystenta za wykonaną usługę asystencji osobistej;
2. Koszt zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/inny środek transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu. Koszt przejazdów asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu jest kosztem kwalifikowanym, wyłącznie w przypadku jednoczesnego przejazdu asystenta i uczestnika;
3. Koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi;
4. Koszt ubezpieczeń OC oraz NNW asystentów związanych ze świadczeniem usług asystencji osobistej.

Koszty o których mowa w pkt. 2 i 3 będą kwalifikowane zgodnie z zasadami zawartymi w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Uczestnik programu nie ponosi odpłatności za wykonywane usługi asystencji osobistej.

III. Wymagania niezbędne

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem:

- a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny (oprócz posiadanego dyplomu/certyfikatu osoba musi być wpisana do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego), pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy (oprócz posiadanego dyplomu/certyfikatu osoba musi być wpisana do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego), pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta

lub

- posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu,
- W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

IV. Dodatkowe informacje dotyczące świadczenia usługi :

- Zakres czynności w ramach usług asystencji osobistej i ich zakres godzinowy powinny być uzależnione od osobistej sytuacji osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności uczestnika, z zastrzeżeniem godzin usług przyznanych (186 godzin do końca 2025 roku)
- Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie udzielenie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.
- Asystent realizuje usługi wyłącznie na rzecz osoby z niepełnosprawnością, na podstawie jej decyzji lub decyzji opiekuna prawnego, a nie dla osób trzecich, w tym członków rodziny osoby z niepełnosprawnością.
- 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 12, finansowane ze środków publicznych.
- Usługi asystencji osobistej mogą być realizowane przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przy czym przez tego samego asystenta maksymalnie do 12 godzin na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi asystencji osobistej. Do czasu realizacji usługi asystencji osobistej nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.
- Do czasu realizacji usług asystencji osobistej wlicza się czas oczekiwania/gotowości na świadczenie usług nie dłuższy niż 90 minut. Jeżeli czas oczekiwania wynosi więcej niż 90 minut, wówczas usługę dojazdu do wybranego miejsca i powrotu z niego rozlicza się jako dwie odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania.

V. Preferencje w zatrudnieniu

Preferowana jest osoba z własnym środkiem transportu, dostępna w godzinach porannych i popołudniowych.

VI. Podstawa zatrudnienia: umowa zlecenie

VII. Termin zatrudnienia: od dnia podpisania umowy do grudnia 2025 r.

VIII. Liczba osób zatrudnionych : 1 osoba na umowę zlecenie

Wykaz żądanych oświadczeń lub dokumentów

Zamawiający żąda następujących dokumentów:

- 1) Wypełniony formularz oferty- zgodny w treści ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2
- 2) Wypełniony wykaz doświadczenia zgodny ze wzorem stanowiący załącznik nr 3 z dołączonymi dowodami (np. referencje, poświadczenia, rekomendacje itp.).
- 3) CV z opisem dotychczasowej działalności zawodowej, z podaniem danych umożliwiających kontakt, tj.: adresu, adresu e-mail lub numeru telefonu. Należy opatrzyć własnoręcznymi podpisami oraz klauzulą: "Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO)";
- 4) poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie;
- 5) poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie innych dokumentów o posiadanych kwalifikacjach, uprawnieniach i umiejętnościach,
- 6) poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających staż pracy, doświadczenie zawodowe w pkt III, (świadczenia pracy, referencje, aktualne zaświadczenia),
- 7) klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych na potrzeby postępowania rekrutacyjnego- załącznik nr 4
- 8) oświadczenie kandydata, że:
 - ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych — wzór stanowi załącznik nr 5
 - nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe —wzór stanowi załącznik nr 5.

Opis sposobu przygotowania oferty (wymogi formalne oferty oraz forma dokumentów)

- 1) Ofertę można złożyć tylko jedną najpóźniej do dnia **26.08.2025 roku** w formie pisemnej za pośrednictwem poczty, kuriera lub osobiście w zamkniętej kopercie opatrując napisem: „**Oferta na świadczenie wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025.**” na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Leśna 17, 24 – 100 Puławy.
- 2) Zaleca się by dokumenty złożone w formie pisemnej były spięte, ponumerowane i parafowane na każdej stronie.
- 3) Oferta i załączone do niej dokumenty, muszą być podpisane przez Wykonawcę. Za podpisanie uznaje się własnoręczny podpis złożony w sposób umożliwiający identyfikację osoby. Wszelkie poprawki lub zmiany w ofercie muszą być dokonane w sposób czytelny, parafowane własnoręcznie przez osoby podpisujące ofertę.

- 4) Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Decydujące znaczenie dla oceny zachowania powyższego terminu ma data wpływu oferty na wskazany adres, a nie data jej wysłania przesyłką pocztową lub kurierską.

Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty

Zamawiający dokona oceny ofert, które nie zostały odrzucone, na podstawie następujących kryteriów:

Kryterium nr 1 - cena za godzinę	waga 50%
Kryterium nr 2 - rozmowa kwalifikacyjna	waga 50%

- 1) Zamawiający w kryterium nr 1 „cena za godzinę” będzie oceniał oferty przyznając punkty wg wzoru:

$$\frac{\text{Najniższa oferowana cena}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 50 = \text{liczba pkt}$$

Maksymalna liczba punktów do uzyskania w kryterium nr 1 „cena oferty” wynosi 50,00.

- 2) Zamawiający w kryterium Nr 2 – „rozmowa kwalifikacyjna” będzie oceniał w oparciu o protokół z przeprowadzonej rozmowy kwalifikacyjnej rekrutacyjnej, na którą zostanie zaproszony do siedziby Zamawiającego.

Suma punktów uzyskanych podczas rozmowy kwalifikacyjnej podzielona przez liczbę osób w komisji rekrutacyjnej zostanie przyznana ofercie w ramach kryterium „Rozmowa kwalifikacyjna”.

Maksymalna liczba punktów do uzyskania w kryterium nr 2 „rozmowa kwalifikacyjna” wynosi 50,00.

- 3) W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający zsumuje punkty przyznane we wszystkich kryteriach.

Zamawiający uzna za najkorzystniejszą ofertę, która uzyska najwyższą liczbę punktów (sumę punktów).
W przypadku, gdy żaden z kandydatów nie uzyska więcej niż 50 punktów, Zamawiający może nie wybrać kandydata.

Wybór najkorzystniejszej oferty

- 1) Zamawiający niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty, o wynikach postępowania.
- 2) Oferent, którego oferta zostanie uznana jako najkorzystniejsza, zostanie poinformowany przez Zamawiającego o miejscu i terminie zawarcia umowy.
- 3) Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, będzie uchylał się od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, z zastrzeżeniem nieprzekroczenia wysokości środków zaplanowanych w budżecie projektu na realizację niniejszego działania.
- 4) Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.
- 5) Informację o unieważnieniu postępowania o udzielenie zamówienia Zamawiający zamieści na stronie internetowej - w przypadku unieważnienia postępowania przed upływem terminu składania ofert, albo zawiadomi Wykonawców, którzy złożyli oferty - w przypadku unieważnienia postępowania po upływie terminu składania ofert.

załącznik nr 2 - formularz ofertowy

Nazwa Wykonawcy:.....

Adres Wykonawcy:.....

tel./faks

e-mail:

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na świadczenie wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2025. oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

Wartość brutto za godzinę	Kwota słownie
.....	

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego, akceptuję wszystkie jego zapisy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się wykonać usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia.
3. Posiadam niezbędną wiedzę, wykształcenie i doświadczenie pozwalające na realizację usługi zgodnie z opisem przedstawionym w treści.
4. Oferta jest ważna przez 30 dni.
5. Przyjąłem\Przyjęłam do wiadomości treść klauzuli informacyjnej dotyczącej ochrony danych osobowych.
6. Wyrażam zgodę na upublicznienie mojego imienia i nazwiska na stronie www.mops.pulawy.pl w przypadku wyboru mojej oferty przez Zamawiającego.
7. Jestem Zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę: ☐ TAK lub ☐ NIE
8. Wynagrodzenie ze stosunku pracy wynosi: ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie
☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie
9. Jednocześnie nie jestem/ jestem ubezpieczony/a jako osoba wykonująca:
☐ umowę zlecenia lub agencyjną, zawartą z innym zleceniodawcą z jej tytułu wynagrodzenie miesięczne przekracza / nie przekracza kwotę minimalną wynagrodzenia.
10. Jestem ubezpieczony/a z innych tytułów niż wymienione w pkt 8 i 10:
.....*
11. Jestem emerytem/rencistą ☐ TAK lub ☐ NIE
12. Jestem uczniem szkoły lub studentem i nie ukończyłem 26 lat ☐ TAK lub ☐ NIE
13. Jestem/ nie jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna ☐ TAK lub ☐ NIE

*jeżeli nie dotyczy to skreślić

.....
Data i czytelny podpis

Wykaz doświadczenia

Imię i Nazwisko:.....

Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe		Doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi		
	Rodzaj uprawnień	Dokument potwierdzający posiadane kwalifikacje	Okres doświadczenia należy podać w miesiącach lub latach	Miejsce w którym zdobyto doświadczenie	Dokument potwierdzający doświadczenie (np. referencje)

Uwaga:

Do załącznika należy dołączyć dowody potwierdzające posiadanie wymaganego doświadczenia.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.

.....
Data i czytelny podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

dotycząca procesu rekrutacji zatrudnienia w ramach umowy zlecenia osoby świadczenie wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST - edycja 2025.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) - zwanym dalej RODO informuję, iż:

- a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach, 24 -100 Puławy, ul. Leśna 17
- b) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Puławach to: 24-100 Puławy, ul. Piłsudskiego 83, tel. 81 458 63 09, e-mail: rodo@cuwpuławy.pl
- c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji **zatrudnienia w ramach umowy zlecenia osoby świadczenie wsparcia w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST - edycja 2025.**: na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO - w ramach realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych; art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 6 ust. 1 lit. a RODO w zakresie w jakim podanie danych jest dobrowolne.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane zewnętrznym odbiorcom i podmiotom przetwarzającym, chyba, że wynika to z przepisów prawa, z zastrzeżeniem opublikowania wyników rozstrzygnięcia procesu rekrutacji na stronie internetowej i BIP Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puławach.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do procesu rekrutacji, a następnie przechowywane będą przez okres wymagany do realizacji obowiązku ustawowego wskazanego przez odrębne przepisy prawa (w tym na podstawie przepisów Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych), w tym m.in. odnoszące się do archiwizacji dokumentów w organach administracji publicznej.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji.

Podane przez Pana/Panią dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....
Data i podpis

Załącznik Nr 5 – Oświadczenie kandydata:

- *że ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz*
- *korzysta z pełni praw publicznych oraz że nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe*

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że ¹..... skazany(a) prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne
(jestem/ nie jestem)
przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Oświadczam, że ²..... pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam
(posiadam/nie posiadam)
z pełni praw publicznych.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

¹ Należy wpisać jestem lub nie jestem

² Należy wpisać posiadam lub nie posiadam

