

**Ogłoszenie o wyniku postępowania  
Usługi**

**Świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

**SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY**

**1.1.) Rola zamawiającego**

Postępowanie prowadzone jest samodzielnie przez zamawiającego

**1.2.) Nazwa zamawiającego:** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bełchatowie

**1.4) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 004700711

**1.5) Adres zamawiającego**

**1.5.1.) Ulica:** Staszica 18

**1.5.2.) Miejscowość:** Bełchatów

**1.5.3.) Kod pocztowy:** 97-400

**1.5.4.) Województwo:** łódzkie

**1.5.5.) Kraj:** Polska

**1.5.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL713 - Piotrkowski

**1.5.7.) Numer telefonu:** 446355100

**1.5.8.) Numer faksu:** 446352884

**1.5.9.) Adres poczty elektronicznej:** zamowieniapubliczne@mopsbelchatow.pl

**1.5.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** <https://mopsbelchatow.bip.gov.pl/>

**1.6.) Adres strony internetowej prowadzonego postępowania:**

<https://platformazakupowa.pl/pn/belchatow>

**1.7.) Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - jednostka budżetowa

**1.8.) Przedmiot działalności zamawiającego:** Inna działalność

Pomoc społeczna

**SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE**

**2.1.) Ogłoszenie dotyczy:**

Zamówienia publicznego

**2.2.) Ogłoszenie dotyczy usług społecznych i innych szczególnych usług:** Tak

**2.3.) Nazwa zamówienia albo umowy ramowej:**

Świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

**2.4.) Identyfikator postępowania:** ocds-148610-9161c8b3-e826-11ee-9c02-ce2b643d361d

**2.5.) Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00310897

**2.6.) Wersja ogłoszenia:** 01

**2.7.) Data ogłoszenia:** 2024-05-06

**2.8.) Zamówienie albo umowa ramowa zostały ujęte w planie postępowania:** Tak

**2.9.) Numer planu postępowania w BZP:** 2023/BZP 00578451/03/P

**2.10.) Identyfikator pozycji planu postępowania:**

1.3.4 Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

**2.11.) Czy zamówienie albo umowa ramowa dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej:** Nie

**2.13.) Zamówienie/umowa ramowa było poprzedzone ogłoszeniem o zamówieniu/ogłoszeniem o zamiarze zawarcia umowy:** Tak

**2.14.) Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00256170

### **SEKCJA III – TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA LUB ZAWARCIA UMOWY RAMOWEJ**

**3.1.) Tryb udzielenia zamówienia wraz z podstawą prawną** Zamówienie udzielane jest w trybie podstawowym na podstawie: art. 275 pkt 1 ustawy

### **SEKCJA IV – PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**4.1.) Numer referencyjny:** SOP.3700.2.2024

**4.2.) Zamawiający udziela zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania:** Nie

**4.4.) Rodzaj zamówienia:** Usługi

**4.5.1.) Krótki opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiotem postępowania jest świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością. Zamówienie finansowane będzie ze środków Funduszu Solidarnościowego i realizowane zgodnie z wytycznymi Programu MRiPS „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 r. Przewidywana min. liczba osób wymagających świadczenia usług - 34 osoby, w tym: 11 ze znacznym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, 16 ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 2 z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, 2 z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, 3 dzieci w wieku do ukończenia 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności. Maksymalny wymiar godzin usług zamówienia wyniesie 9.203 godz. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmiany przewidywanej liczby godzin lub uczestników oraz prawo do niewykorzystania pełnego limitu ilościowego zamówienia, nie więcej niż 20 % ww. liczby godz. bez prawa roszczeń z tego tytułu przez Wykonawcę. Zakres usług obejmuje wsparcie uczestnika w zakresie wskazanym w SWZ. Usługi realizowane będą w miejscu zamieszkania/przebywania osoby z niepełnosprawnością przez 7 dni w tygodniu, przez tego samego asystenta jednorazowo, maksymalnie do 12 godz. na dobę. Przez dobę należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której asystent rozpoczyna realizację usługi. Pod pojęciem godziny rozumie się 60 minut i obejmuje ona wyłącznie rzeczywisty czas świadczenia usługi. Do czasu 1) nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika, 2) wlicza się czas gotowości/oczekiwania 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 2 odrębne usługi powiększone łącznie o 90 minut trwania. Realizacja zamówienia obejmuje: 1) świadczenie usług przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje lub doświadczenie zawodowe lub wskazaną przez uczestnika Programu, 2) dostosowanie zakresu usług do indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnością. Usługi mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem: posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, 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 lub wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu. Posiadanie doświadczenia może zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie pomocy osobom z niepełnosprawnościami. Podmiotem tym może być osoba fizyczna, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością. W przypadku świadczenia usług na rzecz dzieci wobec osoby, która ma świadczyć usługi wymagane jest: zaświadczenie o niekaralności, pisemna informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością. Zamawiający wymaga od Wykonawcy zatrudnienia w pierwszej kolejności osób wskazanych przez uczestników Programu wraz z zachowaniem preferencji wskazanych w części III Karty zgłoszenia do Programu. W przypadku niewskazania osoby świadczącej usługi Wykonawca skieruje do realizacji zamówienia osoby, o których mowa w SWZ. Zamawiający wymaga skierowania do realizacji zamówienia osób postępujących się językiem polskim na poziomie komunikatywnym. Wykonawca przed rozpoczęciem świadczenia usług poinformuje Zamawiającego o: danych asystenta, który będzie świadczył usługi Wykonawca zobowiązany będzie posiadać w dokumentacji potwierdzenie przekazania informacji o asystencie, uzyskaniu dokumentów wskazanych w SWZ - dotyczy wyłącznie świadczenia usług asystencji osobistej na rzecz dzieci do 16 roku życia. W trakcie realizacji zamówienia Wykonawca zobowiązany będzie dostarczać Zamawiającemu akceptację osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością. W przypadku niemożności świadczenia usług Wykonawca zobowiązany będzie niezwłocznie poinformować o tym uczestnika Programu lub wskazanego w zgłoszeniu członka rodziny oraz najpóźniej w dniu następnym po zdarzeniu poinformować Zamawiającego o braku świadczenia usług oraz podać przyczyny takiego stanu rzeczy. Zamawiający w trakcie realizacji zamówienia dopuszcza zmianę kadry na inne osoby spełniające wymagania określone w SWZ pod warunkiem pisemnego zgłoszenia Zamawiającemu zmiany osób. Zmiana jest możliwa po pisemnym wyrażeniu zgody przez Zamawiającego. Wykonawca realizował będzie usługi na podstawie informacji o zakwalifikowaniu osoby z

niepełnosprawnością do świadczenia usług oraz informacji o czasookresie i wymiarze godzin przekazywanej przez Zamawiającego. Liczba godzin usług na rzecz 1 osoby może ulec zmianie. Zakres czynności ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie załącznika Nr 8 do Programu. Zakres ustala pracownik socjalny z uczestnikiem. Wykonawca będzie dokumentować i przekazywać Zamawiającemu informacje dot. czasu, miejsca i wymiaru usług wraz z podpisem osoby objętej wsparciem, opiekuna lub członka rodziny osoby z niepełnosprawnością potwierdzające każdorazowo wykonanie usługi. Wykonawca przekaże Zamawiającemu (w terminie do 3 dnia każdego następnego miesiąca, a w grudniu 2024 r. w terminie do 20.12.2024 r.) fakturę z informacją i kartami rozliczenia, o których mowa w SWZ. Zapłata wynagrodzenia następować będzie w oparciu o zrealizowaną liczbę usług w terminie do 14 dni od dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury i dokumentów, o których mowa w SWZ, a w grudniu 2024 r. w terminie do 27.12.2024 r. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli nad prawidłowością i terminowością realizacji przedmiotu zamówienia. Wykonawca zobowiązany będzie do udostępnienia Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pozwalającej na stwierdzenie prawidłowości realizacji zamówienia. Wykonawca ponosić będzie pełną odpowiedzialność za staranność w wyborze osób, przy pomocy których będzie świadczył usługi oraz za prawidłowość wykonywanych przez nich obowiązków. Wykonawca odpowiadać będzie za wszelkie wyrządzone szkody w trakcie realizacji zamówienia, w tym przez osoby, przy pomocy których wykonuje zamówienie. Wykonawca zobowiązany będzie: 1) pouczyć pracowników o zachowaniu w poufności informacji pozyskanych w trakcie realizacji zamówienia, w szczególności o korzystaniu przez uczestników ze świadczeń pomocy społecznej, stanie zdrowia, o obowiązku przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, 2) powiadamiać Zamawiającego o każdej zmianie sytuacji życiowej świadczeniobiorcy, a także o pogorszeniu stanu zdrowia mających wpływ na realizację zadań wynikających z niniejszego zamówienia, 3) ubezpieczyć osoby pełniące funkcję asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w zakresie OC. Zamawiający wymaga zatrudnienia przez Wykonawcę lub podwykonawcę 3 osób w pełnym wymiarze czasu pracy na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w SWZ czynności. Ww. osoby winny być zatrudnione co najmniej na okres realizacji zamówienia. W przypadku rozwiązania stosunku pracy przed zakończeniem tego okresu Wykonawca/podwykonawca jest zobowiązany do niezwłocznego zatrudnienia w to miejsce innej osoby. W trakcie realizacji zamówienia Zamawiający uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec Wykonawcy odnośnie spełnienia zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. W celu potwierdzenia zatrudnienia osób Wykonawca dostarczy Zamawiającemu w terminie 3 dni od daty zawarcia umowy, oświadczenie, że przy realizacji zamówienia osoby są zatrudnione na podstawie umowy o pracę na okres realizacji umowy zawierające informacje określone w SWZ. Wykonawca powiadomi Zamawiającego o zmianach w zatrudnieniu i dostarczy odpowiednie oświadczenie najpóźniej w dniu rozpoczęcia pracy przez nowego pracownika. Minimalna ilość osób i forma zatrudnienia nie może ulec zmianie. W przypadku niespełnienia wymagań dot. zatrudnienia Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości określonej w SWZ. W przypadku uzasadnionych wątpliwości co do przestrzegania prawa pracy Zamawiający może zwrócić się o przeprowadzenie kontroli przez PIP. Obowiązek zatrudnienia dotyczy także podwykonawców. Wykonawca zapewni dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami w szczególności w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej - korzystał będzie ze środków wspierających komunikowanie się - poczta elektroniczna, przesyłanie wiadomości tekstowych z wykorzystaniem wiadomości SMS i MMS lub komunikatorów internetowych, komunikacja audiowizualna (z wykorzystaniem komunikatorów internetowych, przesyłanie faksów). Wykonawca złoży Oświadczenie o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, co najmniej w zakresie określonymi minimalnymi wymaganiami, o których mowa w art. 6 ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz SWZ. Wykonawca umieści logo Ministerstwa RPiPS na wszystkich materiałach dotyczących realizowanego zadania w sposób zapewniający jego dobrą widoczność.

**4.5.3.) Główny kod CPV:** 85311200-4 - Usługi opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych

## SEKCJA V ZAKOŃCZENIE POSTĘPOWANIA

**5.1.) Postępowanie zakończyło się zawarciem umowy albo unieważnieniem postępowania:** Postępowanie/cześć postępowania zakończyła się zawarciem umowy

## SEKCJA VI OFERTY

**6.1.) Liczba otrzymanych ofert lub wniosków:** 2

**6.1.1.) Liczba otrzymanych ofert wariantowych:** 0

**6.1.2.) Liczba ofert dodatkowych:** 0

**6.1.3.) Liczba otrzymanych od MŚP:** 2

**6.1.4.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwach EOG innych niż państwo zamawiającego:** 0

**6.1.5.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwie spoza EOG:** 0

**6.1.6.) Liczba ofert odrzuconych, w tym liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt:** 1

**6.1.7.) Liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt:** 0

**6.2.) Cena lub koszt oferty z najniższą ceną lub kosztem:** 50,00 PLN

**6.3.) Cena lub koszt oferty z najwyższą ceną lub kosztem:** 50,00 PLN

6.4.) Cena lub koszt oferty wykonawcy, któremu udzielono zamówienia: 50,00 PLN

6.5.) Do wyboru najkorzystniejszej oferty zastosowano aukcję elektroniczną: Nie

6.6.) Oferta wybranego wykonawcy jest ofertą wariantową: Nie

#### SEKCJA VII WYKONAWCA, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA

7.1.) Czy zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie zamówienia: Nie

7.2.) Wielkość przedsiębiorstwa wykonawcy: Mikro przedsiębiorca

7.3.) Dane (firmy) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:

7.3.1) Nazwa (firma) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia: NZOZ Familia Praktyka Pielęgniarska mgr piel. Marzenia Włóka-Szewczyk

7.3.2) Krajowy Numer Identyfikacyjny: 7711310431

7.3.3) Ulica: Zjazdowa

7.3.4) Miejscowość: Piotrków Trybunalski

7.3.5) Kod pocztowy: 97-300

7.3.6.) Województwo: łódzkie

7.3.7.) Kraj: Polska

7.4.) Czy wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom?: Nie

#### SEKCJA VIII UMOWA

8.1.) Data zawarcia umowy: 2024-05-06

8.2.) Wartość umowy/umowy ramowej: 460150,00 PLN

8.3.) Okres realizacji zamówienia albo umowy ramowej:  
do 2024-12-15

8.4.) Zamawiający przewiduje następujące wymagania związane z realizacją zamówienia:

w zakresie zatrudnienia na podstawie stosunku pracy, w okolicznościach, o których mowa w art. 95 ustawy