



UMOWA NR KIS.051-...../2024

Zawarta w dniu r. w Kętrzynie pomiędzy:

Gminą Miejską Kętrzyn Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Kętrzynie, ul. Poczтова 11, 11 – 400 Kętrzyn, NIP: Gminy 742-205-13-31, reprezentowaną przez Dyrektora MOPS w Kętrzynie – Panią Katarzynę Hoszkiewicz,

zwaną dalej „Zamawiającym ”,

a

....., NIP:, REGON:

zwanym dalej „Wykonawcą ”,

zwanymi dalej łącznie „Stronami”, a osobno „Stroną” Umowy,

w wyniku rozstrzygnięcia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm., dalej jako „PZP”), w zw. z art. 359 pkt 2 w zw. z art. 275 pkt 1 PZP – w trybie podstawowym bez negocjacji – w przedmiocie Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej – pobyt dzienny i całodobowy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością z terenu miasta Kętrzyn w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Zadanie realizowane w ramach Funduszu Solidarnościowego.

zawarto umowę o następującej treści:

§ 1

Przedmiot umowy

1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia na rzecz Zamawiającego usług opieki wytchnieniowej pobyt dzienny*/ pobyt całodobowy* w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, zwanego dalej „Programem”.
2. Przewidywana liczba godzin usług opieki wytchnieniowej pobyt dzienny w okresie realizacji umowy wynosi około: **720**.
3. Przewidywana liczba dni usług opieki wytchnieniowej pobyt całodobowy w okresie realizacji umowy wynosi około: **42**.
4. Wskazane w ust. 2 i 3 liczby stanowią wartość szacunkową, która może ulec zmianie (z uwzględnieniem limitów zawartych w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek

*niepotrzebne skreślić



Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 Rozdział V ust. 11 pkt 1 i 2), ponieważ nie można ich określić dokładnie ze względu na specyfikację zamówienia, którą cechuje zmienność potrzeb z uwagi na zmieniający się stan zdrowia i sytuację życiową osób wymagających pomocy. Wykonawcy, w przypadku zmiany tych ilości, nie przysługuje z tego tytułu jakiegokolwiek roszczenie, w tym o wypłatę wynagrodzenia.

5. Konkretyzacja liczby godzin*/ dni* usług opieki wychnieniowej będzie następować na podstawie pojedynczych zleceń przekazywanych przez Zamawiającego.

6. Usługi opieki wychnieniowej pobyt dzienny i całodobowy będzie realizowana zgodnie z warunkami zawartymi w:

- 1) SWZ wraz z załącznikami,
- 2) niniejszej umowie,
- 3) ofercie Wykonawcy.

7. Usługa opieki wychnieniowej pobyt dzienny i całodobowy, jest skierowana do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad :

- 1) dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- 2) osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.

8. Usługi opieki wychnieniowej pobyt dzienny i całodobowy w szczególności polegać będą na:

1) podstawowe czynności pielęgnacyjno – higieniczne:

- a) pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych,
- b) mycie, kąpanie, czesanie, ubierani lub rozbieranie,
- c) zmiana bielizny osobistej i pościeli,
- d) zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń,

2) wspieranie procesu leczenia:

- a) pomoc w dotarciu do zakładów opieki zdrowotnej lub zamówienia wizyty domowej,
- b) realizacja recept,
- c) przygotowanie, podawanie leków w dawkach zaleconych przez lekarza,
- d) powiadamianie rodziny lub lekarza rodzinnego o istotnych zmianach w zachowaniu podopiecznego wskazujących na pogorszenie stanu zdrowia,
- e) okazywanie wsparcia emocjonalnego w doświadczeniach egzystencjalnych typu: osamotnienie, cierpienie itp.
- f) wyprowadzanie na spacer, zapewnienie kontaktów ze środowiskiem,

*niepotrzebne skreślić



g) zachęcanie podopiecznego i realizacja potrzeb związanych z aktywnością psychofizyczną,

3) Wykonywanie czynności gospodarczych u podopiecznego:

a) Zakup artykułów spożywczych i niezbędnych do egzystencji artykułów przemysłowych,

b) Zabezpieczenie posiłków, w tym co najmniej raz dziennie posiłku gotowanego,

c) Karmienie, o ile wymaga tego podopieczny,

d) Przestrzeganie zasad diety w zależności od schorzenia,

e) Bieżące porządki i codzienne wietrzenie w używanej części mieszkania,

f) Pranie bielizny osobistej (diennej i nocnej) oraz lekkiej odzieży,

g) Palenie w piecu, przynoszenie węgla i wody (wg bieżących potrzeb),

h) Opłacenie rachunków związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego

(opłaty za mieszkanie i media).

9. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone w każdy dzień tygodnia, w tym święta, w terminie 3 dni od dnia podpisania umowy do dnia 20 grudnia 2024 r., w miejscu zamieszkania osób, którym ta została przyznana na podstawie „Karty Zgłoszenia do Programu (załącznik nr 2 do umowy).

10. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością, z zastrzeżeniem limitów, o których mowa w ust. 13. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00-22.00.

11. Usługa opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego wynosi co najmniej 12 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi i obejmuje nocleg osoby z niepełnosprawnością, co najmniej w godzinach 22.00 -6.00. Jedna doba usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego nie przekracza 24 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi.

12. Limit godzin i dób usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2024 roku, zgodnie z Programem, wynosi nie więcej niż:

1) 240 godzin dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego;

2) 14 dób dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego.

13. Zamawiający ze względu na zgłoszenie się większej liczby uczestników może zmniejszyć liczbę godzin/ dni usług opieki wytchnieniowej w celu objęcia wsparciem większej liczby osób nie przekraczając przy tym kwoty otrzymanego dofinansowania.

14. W godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z

*niepotrzebne skreślić



późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

§ 2

Okres obowiązywania umowy

Termin wykonania zamówienia: 9 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, nie wcześniej niż od dnia r., nie później niż do dnia 20.12.2024 r.

§ 3

Obowiązki Wykonawcy

1. Wykonawca zobowiązany jest do:

1) Zatrudnienia conajmniej 8 osób, gdzie każda z osób spełnia następujące minimalne wymagania:

- posiada dokument potwierdzający uzyskanie co najmniej jedną z wymienionych kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra CPK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta; lub
- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnością w formie wolontariatu,
- biegle posługuje się językiem polskim. Zamawiający poprzez biegle posługiwanie się językiem polskim przez opiekuna rozumie sprawne i skuteczne komunikowanie się z osobami korzystającymi z usług, z osobami z ich otoczenia, personelem medycznym i personelem pomocy społecznej. Ponadto opiekun powinien posiadać umiejętność sprawnego i rzetelnego prowadzenia w języku polskim dokumentacji.
- posiada status osoby niekaranej,
- jest sprawna fizycznie i intelektualnie (w przypadku posiadania stopnia niepełnosprawności, stwierdzona niepełnosprawność nie może ograniczać zdolności do pracy),
- posiada przynajmniej średnie wykształcenie.

2) Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli kwalifikacji osób wykonujących usługi opieki wytechnieniowej.

*niepotrzebne skreślić



- 3) Wykonawca oświadcza, iż osoby, które będą wykonywały czynności w zakresie realizacji zamówienia: na stanowisku opiekuna/ opiekunki, będą wykonywały zakres czynności przedstawiony w Opisie przedmiotu zamówienia załącznik nr 9 do SWZ;
- 4) Wykonawca zatrudni osoby wykonujące czynności wskazane w załączniku nr 9 do SWZ na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenie;
- 5) Osoby zatrudnione przez Wykonawcę do realizacji zamówienia muszą być: niekarane, sprawne fizycznie i intelektualnie, biegle posługujące się językiem polskim, posiadające umiejętności utrzymywania prawidłowych kontaktów interpersonalnych, zobowiązujące się do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji powziętych w związku ze świadczeniem usługi, a w szczególności nie ujawniania osobom trzecim danych personalnych osób, dla których są świadczone usługi, ich sytuacji osobistej, rodzinnej, zdrowotnej i ekonomicznej oraz posiadać doświadczenie i kwalifikacje w świadczeniu usług asystencji osobistej;
- 6) W trakcie realizacji zamówienia zamawiający uprawniony jest do wykonywania czynności kontrolnych wobec wykonawcy odnośnie spełniania przez wykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub umowę zlecenie osób wykonujących wskazane w § 1 ust. 8 czynności. Zamawiający uprawniony jest w szczególności do:
 - a) żądania oświadczeń i dokumentów w zakresie potwierdzenia spełniania ww. wymogów i dokonywania ich oceny,
 - b) żądania wyjaśnień w przypadku wątpliwości w zakresie potwierdzenia spełniania ww. wymogów,
 - c) przeprowadzania kontroli na miejscu wykonywania usług asystencji osobistej,
- 7) świadczenia usługi terminowo i z należytą starannością;
- 8) nieujawniania i niewykorzystania informacji chronionych, w tym danych osobowych osoby niepełnosprawnej, jej sytuacji rodzinnej, materialnej i zdrowotnej, do których uzyskał dostęp w związku z wykonywaniem czynności objętych umową;
- 9) niewykonywania usługi w godzinach świadczenia na rzecz osoby niepełnosprawnej usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- 10) niezwłocznego poinformowania pisemnie Zamawiającego, nie później jednak niż w terminie 3 dni od zaistnienia zdarzenia, o wystąpieniu sytuacji uniemożliwiającej realizację usługi oraz o jej przyczynach (np. pobyt w szpitalu, wyjazd, zgon osoby niepełnosprawnej);

*niepotrzebne skreślić



2. Pod opieką jednego opiekuna w tym samym czasie może pozostawać tylko jedna osoba.
3. Wykonawca nie może pobierać od osób na rzecz których będzie świadczyć usługi opieki wytchnieniowej żadnych opłat.
4. Wykonawca zobowiązany jest do osobistego i samodzielnego wykonania przedmiotu umowy. Wykonawca nie może przekazać zlecenia wykonania usług osobie trzeciej.
5. Zamawiający nie odpowiada za szkody wyrządzone przez Wykonawcę osobom trzecim przy wykonywaniu niniejszej umowy.
6. Wykonawca zobowiązuje się do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na kwotę nie niższą niż wartość umowy, o której mowa w § 4 ust. 2, przez czas trwania umowy. Wykonawca przedłożył kopię polisy, w dniu zawarcia niniejszej umowy. W przypadku niedopełnienia przez Wykonawcę obowiązku posiadania ubezpieczenia w czasie realizacji umowy, Zamawiający dokona ubezpieczenia na koszt Wykonawcy, na co Wykonawca wyraża zgodę i zobowiązuje się do zwrotu poniesionych przez Zamawiającego z tego tytułu kosztów.

§ 4

Wynagrodzenie i warunki płatności

1. Strony ustalają wynagrodzenia Wykonawcy za realizację 1 godziny usług opieki wytchnieniowej pobyt dzienny objętej przedmiotem umowy: zł netto (słownie: złotych 00/100) z VAT (zwolniony), brutto zł (słownie: złotych 00/100). / Strony ustalają wynagrodzenia Wykonawcy za realizację 1 dnia usług opieki wytchnieniowej pobyt całodobowy objętej przedmiotem umowy: zł netto (słownie: złotych 00/100) z VAT (zwolniony), brutto zł (słownie: złotych 00/100)².
2. Strony ustalają, że całkowite, maksymalne wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy nie przekroczy kwoty netto: zł (słownie: (.....) - zwolnienie z VAT - tj. brutto: zł (słownie: zł 0/100).
3. Zamawiający będzie wypłacał Wykonawcy wynagrodzenie w stosunku miesięcznym w kwocie odpowiadającej iloczynowi godzin świadczenia usług na rzecz Zamawiającego oraz stawki godzinowej określonej w ust. 1.
4. Faktura/ rachunek będzie płatna/y przez Zamawiającego w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury/ rachunku przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, wskazany na rachunku/ fakturze.
5. Za datę zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

*niepotrzebne skreślić



6. Wykonawca każdorazowo przedkłada Zamawiającemu następujące dokumenty rozliczeniowe:

- 1) fakturę/rachunek w kwocie będącej iloczynem kosztu 1 godziny/ 1 dnia świadczenia usługi wskazanej w ust. 1 i faktycznej ilości godzin świadczenia usług przez opiekunów/ opiekunki w danym miesiącu kalendarzowym;
- 2) kartę realizacji usług opieki wychnieniowej, której wzór stanowi załącznik nr 5 do umowy;

7. Rachunek/faktura, o której mowa w ust. 4, powinna zostać wystawiona na:

NABYWCA:

Gmina Miejska Kętrzyn; ul. Wojska Polskiego 11; 11-400 Kętrzyn

NIP: 742-205-13-31

ODBIORCA:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kętrzynie, ul. Pocztowa 11, 11-400 Kętrzyn.

§ 5

1. W trakcie realizacji zamówienia na każde wezwanie zamawiającego w wyznaczonym w tym wezwaniu terminie wykonawca przedłoży zamawiającemu:
 - 1) Oświadczenia Wykonawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenia osoby, której dotyczy wezwanie Zamawiającego. Oświadczenie to powinno zawierać w szczególności dokładne określenie podmiotu składającego oświadczenie, datę złożenia oświadczenia, wskazanie że objęte wezwaniem czynności wykonują osoby wraz ze wskazaniem tych osób, umowy oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia w imieniu Wykonawcy,
 - 2) Poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę kopii umowy o pracę lub umowy zlecenia osoby/osób wykonującej/ych w trakcie realizacji umowy czynności, których dotyczą ww. oświadczenia Wykonawcy (wraz z dokumentem regulującym zakres obowiązków, jeżeli został sporządzony). Dokumenty potwierdzające zatrudnienie powinny zostać zanonimizowane w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO. Informacje takie jak imię, nazwisko zatrudnionego, data zawarcia umowy, rodzaj umowy o pracę, stanowisko lub rodzaj wykonywanych czynności powinny być możliwe do zidentyfikowania.
 - 3) Zaświadczenie właściwego oddziału ZUS, potwierdzającego opłacanie przez Wykonawcę składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne z tytułu zawarcia umowy o pracę lub umowy zlecenia za ostatni okres rozliczeniowy lub oświadczoną za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę kopię dowodu potwierdzającego zgłoszenie

*niepotrzebne skreślić



pracownika przez pracodawcę do ubezpieczeń, zanonimizowaną w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pracowników zgodnie z RODO. Imię i nazwisko pracownika nie podlega anonimizacji.

2. Dokumenty wskazane w ust. 1 Wykonawca złoży w celu potwierdzenia spełnienia wymogu zatrudnienia opiekunów na podstawie umowy o pracę lub umowę zlecenia przez wykonawcę osób wykonujących wskazane w §1 ust. 8 czynności w trakcie realizacji zamówienia.
3. W przypadku uzasadnionych wątpliwości co do przestrzegania prawa pracy przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się o przeprowadzenie kontroli przez Państwową Inspekcję Pracy.

§ 6

Zmiana umowy

1. Zgodnie z treścią art. 455 ust. 1 pkt 1 PZP Zamawiający przewiduje możliwość zmiany zawartej umowy w następującym zakresie:
 - 1) gdy nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu umowy. Zmiana jest dopuszczalna wyłącznie w zakresie niepowodującym zwiększenia wynagrodzenia Wykonawcy,
 - 2) gdy wystąpią obiektywne przeszkody uniemożliwiające realizację zamówienia w zakresie określonym w umowie lub osiągnięcie jego celów według pierwotnie przyjętego harmonogramu realizacji zamówienia,
 - 3) zmiana terminu wykonania przedmiotu umowy, w przypadku:
 - a) gdy wykonanie przedmiotu umowy w określonym pierwotnie terminie nie leży w interesie Zamawiającego,
 - b) działania siły wyższej, uniemożliwiającej wykonanie przedmiotu umowy w określonym pierwotnie terminie.
2. Stosownie do treści art. 439 ust. 1 ustawy PZP, Zamawiający przewiduje możliwość zmiany wysokości wynagrodzenia, określonego w § 4 ust. 2, w przypadku zmiany kosztów związanych z realizacją zamówienia.
3. Zasady wprowadzenia zmiany wynagrodzenia, o której mowa w ust. 2:
 - 1) waloryzacji podlega jedynie część wynagrodzenia pozostałego do zapłaty, (tj. wynagrodzenie za niezrealizowaną część zamówienia);
 - 2) wynagrodzenie będzie podlegać waloryzacji nie częściej niż co 3 miesiące, pierwszy raz po upływie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia realizacji usługi;

*niepotrzebne skreślić



- 3) waloryzacja będzie odbywać się w oparciu o miesięczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (Wc) wyliczony jako różnica między wartością wskaźnika z miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, o którym mowa w pkt 7), oraz wartością wskaźnika sprzed 4 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, o którym mowa w pkt 7), ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w Biuletynie Statystycznym GUS;
 - 4) wynagrodzenie będzie podlegać waloryzacji tylko w przypadku, gdy różnica między wartością wskaźników, o których mowa w pkt 3) będzie większa od 2%;
 - 5) łączna wartość waloryzacji wynagrodzenia Wykonawcy nie przekroczy 5% wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 4 ust. 2. Przez łączną wartość waloryzacji należy rozumieć wartość wzrostu lub spadku wynagrodzenia Wykonawcy wynikającą z waloryzacji;
 - 6) postanowień umownych w zakresie waloryzacji nie stosuje się od chwili osiągnięcia limitu, o którym mowa w pkt 5);
 - 7) Wykonawca wystąpi z wnioskiem o zmianę kwoty wynagrodzenia w zakresie określonym w ust. 3 z co najmniej 14-dniowym wyprzedzeniem wobec wnioskowanej daty obowiązywania nowego wynagrodzenia. Wniosek powinien zawierać wyczerpujące uzasadnienie faktyczne i prawne,
 - 8) Zamawiający po zaakceptowaniu wniosku, o którym mowa w pkt 7), wyznaczy datę podpisania aneksu;
 - 9) Zmiana umowy skutkuje zmianą wynagrodzenia jedynie w zakresie płatności realizowanych po dacie zawarcia aneksu do umowy.
4. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają sporządzenia pisemnego aneksu pod rygorem ich nieważności.

§ 7

Klauzula poufności

Wykonawca wykonujący czynności związane z niniejszą umową nie może zarówno w czasie trwania niniejszej umowy, jak i po jej ustaniu, ujawniać żadnych informacji pozyskanych w związku z wykonywaniem umowy (z wyłączeniem przypadków gdy obowiązek przekazania danych informacji wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa) .W przypadku naruszenia powyższego postanowienia umowy Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 1,5% wartości umowy wskazanej w §4 ust. 2 umowy, każdorazowo za stwierdzony przypadek

*niepotrzebne skreślić



§ 8

Kary umowne

1. Wykonawca jest zobowiązany do zapłacenia kar umownych z tytułu:
 - 1) odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze stron z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy – w wysokości 20% łącznego wynagrodzenia brutto, określonego w § 4 ust. 2;
 - 2) nieterminowego wykonania usługi objętej niniejszą umową – w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia brutto, określonego w § 4 ust. 2;
 - 3) zrealizowania usługi niezgodnie ze złożoną ofertą – w wysokości 0,1% łącznego wynagrodzenia brutto, określonego w § 4 ust. 2, za każdy stwierdzony przypadek;
 - 4) ujawnienia niespełnienia wymogu zatrudnienia przez Wykonawcę na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenie osób wykonujących czynności w trakcie realizacji zamówienia wymienione w § 1 ust. 6 umowy i oświadczenie Wykonawcy, o którym mowa § 3 ust. 1 pkt 3 okazało się nieprawdziwe – w wysokości 1 000 zł za każdy ujawniony przypadek w trakcie realizacji czynności, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3;
 - 5) niedopełnienia przez Wykonawcę obowiązku, o którym mowa w § 5 ust. 1 niniejszej umowy – w wysokości 100 zł za każdy dzień zwłoki w przekazaniu dokumentów.
2. Zastrzeżone kary umowne nie wyłączają prawa stron do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych określonych przepisami kodeksu cywilnego – do kwoty rzeczywiście poniesionej szkody.
3. Kary umowne płatne są w terminie 14 dni od dnia doręczenia Wykonawcy pisemnego oświadczenia o nałożeniu kary. W przypadku niepodjęcia przesyłki za dzień doręczenia przyjmuje się siódmy dzień od powtórnego awizowania przez operatora pocztowego.
4. Za nieuregulowanie zobowiązań wynikających z naliczonych kar umownych w terminie określonym w ust. 3, naliczane są odsetki ustawowe za opóźnienie.
5. Zapłata kary umownej przez Wykonawcę nie zwalnia go z obowiązku wypełnienia pozostałych zobowiązań wynikających z Umowy.
6. Łączna wysokość wszystkich kar umownych nałożonych na Wykonawcę na podstawie postanowień umowy nie może przekraczać 50% wartości łącznego wynagrodzenia brutto określonego w § 4 ust. 2 umowy.
7. Odpowiedzialność za niezrealizowanie przedmiotu umowy w terminie jest wyłączona w przypadku, gdy niewykonanie jest następstwem działania siły wyższej (powódź, pożar, zamieszki, strajki, ataki terrorystyczne, przerwy w dostawie energii elektrycznej, itp.).

*niepotrzebne skreślić



8. Zamawiający może odstąpić od umowy w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, w terminie 30 (trzydziestu) dni roboczych od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
9. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy:
 - 1) jeśli Wykonawca nie rozpoczął realizacji umowy lub ją przerwał i nie wznowił przez okres dłuższy niż 5 dni roboczych,
 - 2) innych niż wymienione w pkt 1 powyżej naruszeń przez Wykonawcę istotnych postanowień umowy poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie przedmiotu umowy, po uprzednim pisemnym upomnieniu Wykonawcy i bezskutecznym upływie terminu dodatkowego wyznaczonego na zaniechanie naruszeń,
 - 3) gdy wartość naliczonych kar umownych przekroczy 50% wartości łącznego wynagrodzenia brutto, określonego w § 4 ust. 2 Umowy.
10. Zamawiający może odstąpić od umowy, jeżeli wobec Wykonawcy zostanie wszczęte postępowanie likwidacyjne, w terminie 14 dni roboczych od powzięcia informacji o takich okolicznościach.
11. Zamawiający może odstąpić od umowy, jeżeli wyjdzie na jaw, że w toku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego dotyczy niniejsza umowa, Wykonawca złożył oświadczenie niezgodne z prawdą.
12. W przypadkach, o których mowa w ust. 9–12 powyżej, odstąpienie od umowy następuje bez wypłaty jakiegokolwiek odszkodowania na rzecz Wykonawcy, a Wykonawca może otrzymać jedynie wynagrodzenie należne z tytułu wykonania zrealizowanej już części przedmiotu umowy, jeżeli częściowa realizacja umowy ma znaczenie dla Zamawiającego i w tym zakresie Zamawiający z niej skorzystał. Odstąpienie od umowy następuje w formie pisemnej pod rygorem nieważności i zawiera uzasadnienie.
13. Zamawiający może odstąpić od umowy z przyczyn wskazanych w ust. 9-12 powyżej, w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o przyczynie uzasadniającej odstąpienie
14. Do zachowania terminu na odstąpienie od umowy wystarczającym jest złożenie przez Zamawiającego oświadczenia w tym przedmiocie i nadanie go do Wykonawcy przesyłką poleconą lub kurierską w terminie przewidzianym umową na odstąpienie od niej.
15. Zastrzeżone umownie prawo do odstąpienia od umowy nie pozbawia strony możliwości skorzystania z ustawowego prawa do odstąpienia od umowy.
16. Uprawnienie do odstąpienia i jego realizacja nie pozbawia prawa do naliczenia kar umownych.

*niepotrzebne skreślić



§9

Części umowy

Integralnymi częściami niniejszej umowy są: ogłoszenie o zamówieniu nr z dnia....., Specyfikacja Warunków Zamówienia wraz z załącznikami oraz oferta Wykonawcy z dnia

§ 10

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy PZP.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po 1 dla każdej ze stron.
3. Spory wynikające z umowy strony poddają rozstrzygnięciu sądu właściwego dla siedziby Zamawiającego.

Załączniki:

1. Kopia oferty Wykonawcy ;
2. Wzór karty zgłoszenia do Programu;
3. Wzór karty zlecenia usługi i wparcia w ramach Programu;
4. Karta informacyjna osoby z niepełnosprawnością;
5. Karta realizacji usług opieki w ramach Programu
6. Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych.

Podpisy:

/...../

/...../

(Zamawiający)

(Wykonawca)



**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024**

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
2. dysfunkcja narządu wzroku
3. zaburzenia psychiczne
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak** /**Nie**
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak** /**Nie**
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak** /**Nie**
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak** /**Nie**

*niepotrzebne skreślić



Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

dzienna, miejsce wraz z adresem

.....*

całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....*

w godzinach

.....

w dniach

.....

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(i) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, usług opieki wytchnieniowej?

Tak / **Nie**

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

.....

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności**.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

*niepotrzebne skreślić



3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą 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 ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę*** bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem*** w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi (wpisać liczbę godzin/dni) godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

- 1) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
 - a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) ośrodek wsparcia,
 - c) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,

*niepotrzebne skreślić



- d) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
 - e) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - f) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
- 2) świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
- a) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
 - b) mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
 - c) ośrodek wsparcia,
 - d) rodzinny domu pomocy,
 - e) dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
 - f) dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - g) w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - h) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
 - i) za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

** do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

*** odpowiednie skreślić.

*niepotrzebne skreślić



Karta zlecenia usługi oraz zakres wsparcia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

I. Niniejszym zleca się firmie

.....
.....

**wykonanie usługi społecznej w formie opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna/
członka rodziny osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:..... E-mail:

II. Usługa społeczna przysługuje dla osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:..... E-mail:

III. Forma, wymiar i miejsce świadczenia usługi opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie:

pobyt dzienny,

opieka całodobowa,

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: godzin/dni*

3. Miejsce realizacji usługi opieki wytchnieniowej:

IV. Zakres wsparcia usługi opieki wytchnieniowej (odpowiednie podkreślić):

1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnosprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),

2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,

3) pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,

4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,

5) pomoc w przygotowaniu posiłków: śniadania, obiadu, kolacji,

6) sianie łóżka,

7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,

8) pomoc przy myciu, kąpaniu,

9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,

10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,

11) podawanie basenu, kaczki,

12) zmiana pampersów,

13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,

14) zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,

*niepotrzebne skreślić



- 15) pomoc przy poruszaniu się przy mieszkaniu,
- 16) podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- 17) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- 18) uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- 19) pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
- 20) dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych leków stosowania,
- 21) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- 22) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- 23) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
- 24) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
- 25) utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
- 26) wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
- 27) ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

.....
(data i podpis Zamawiającego)

*niepotrzebne skreślić

*niepotrzebne skreślić



Karta informacyjna osoby z niepełnosprawnością

Karta informacyjna dotyczy osoby niepełnosprawnej:

Nazwisko i imię

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania

.....

Kętrzyn

ul.

Tel:

Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wychowawczej (opiekuna/członka rodziny sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną):

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby niepełnosprawnej:

Adres zamieszkania: Kętrzyn, ul.

Tel:

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania (uzyskane na podstawie wypełnionej karty zgłoszenia do Programu):

.....

.....

.....

Data zlecenia usługi opieki wychowawczej:

*niepotrzebne skreślić



Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres

zamieszkania:.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i

nazwisko:.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: diennej, całodobowej*.

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

*niepotrzebne skreślić



| Lp. | Data realizacji opieki wytchnieniowej | Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej | Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej | Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością |
|-----|---------------------------------------|--|--|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....
Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.

*niepotrzebne skreślić



Program finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego



*niepotrzebne skreślić