

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na przeprowadzeniu zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i zajęć specjalistycznych dla dzieci z niepełnosprawnościami w wieku od 0 do chwili rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole z terenu Powiatu Lubińskiego w ramach zadania z zakresu administracji rządowej w ramach programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za Życiem” w zakresie zapewnienia realizacji zadań Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno –Rehabilitacyjno -Opiekuńczego (zadanie 2.4, Priorytet II Programu: Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny).
2. **Zamówienie dotyczy części na które nie złożono w pierwszym terminie ofert.**

Część 1 Zajęcia integracji sensorycznej, organizacja spotkań i konsultacji dla rodziców dziecka, prawnych opiekunów.

Zajęcia będą odbywały się w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym im. Przyjaciół Dzieci, ul. Komisji edukacji Narodowej 6, 59-300 Lubin, w sali integracji sensorycznej od poniedziałku do piątku wg ustalonego harmonogramu.

Dzieci będą kwalifikowane na zajęcia po przeprowadzeniu diagnozy przez zespół terapeutów wyznaczony przez koordynatora WOKRO. Realizacja zajęć, formy i metody pracy powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości dzieci wynikających, m.in. z rodzaju niepełnosprawności, zaleceń zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania, diagnozy.

Terapeuta prowadzący zajęcia:

- umożliwi udział w zajęciach rodzicom dziecka, prowadzi konsultacje dla rodziców, udziela rodzicom porad i wskazówek dotyczących pracy z dzieckiem w domu,
- współpracuje z zespołem terapeutów pracujących z danym dzieckiem, wspólnie z zespołem opracowuje diagnozę wstępną, indywidualny program pracy z dzieckiem na rok 2025 oraz ocenę postępów dziecka,
- dokumentuje realizację zajęć z każdym dzieckiem na listach obecności dziecka (wpisuje przebieg zajęć, termin-dzień/godz., potwierdzony podpisem rodzica).

Wymagane kwalifikacje:

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania usługi:

- jednolite studia magisterskie, na kierunku pedagogika w specjalności odpowiadającej prowadzonym zajęciom oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie na kierunku innym niż wymieniony powyżej i studia podyplomowe w zakresie prowadzonych zajęć lub w zakresie rodzaju niepełnosprawności oraz posiada przygotowanie pedagogiczne ponadto
- ukończył jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego i drugiego stopnia, na kierunku psychologia, studia na kierunku pedagogika lub pedagogika specjalna, w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- ukończył jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego i drugiego stopnia, na kierunku psychologia, studia na kierunku pedagogika lub pedagogika specjalna, a ponadto ukończył studia podyplomowe w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, terapii pedagogicznej, terapii rodzin lub innego rodzaju terapii właściwej dla pobudzania psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka oraz posiada przygotowanie pedagogiczne oraz
- ukończone studia podyplomowe Integracji Sensorycznej, kurs terapii Integracji Sensorycznej II stopień.

Części 2 Zajęcia z psychologiem, organizacja spotkań i konsultacji dla rodziców dziecka, prawnych opiekunów

Zajęcia będą odbywały się w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym im. Przyjaciół Dzieci, ul. Komisji edukacji Narodowej 6, 59-300 Lubin, od poniedziałku do piątku wg ustalonego harmonogramu. Dzieci będą kwalifikowane na zajęcia po przeprowadzeniu diagnozy przez zespół terapeutów wyznaczony przez koordynatora WOKRO. Realizacja zajęć, formy i metody pracy powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości dzieci wynikających, m.in. z rodzaju niepełnosprawności, zaleceń zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania, diagnozy. Terapeuta prowadzący zajęcia:

- umożliwia udział w zajęciach rodzicom dziecka, prowadzi konsultacje dla rodziców, udziela rodzicom porad i wskazówek dotyczących pracy z dzieckiem w domu,
- współpracuje z zespołem terapeutów pracujących z danym dzieckiem, wspólnie z zespołem opracowuje diagnozę wstępną, indywidualny program pracy z dzieckiem na rok 2025 oraz ocenę postępów dziecka,
- dokumentuje realizację zajęć z każdym dzieckiem na listach obecności dziecka (wpisuje przebieg

zajęć, termin-dzień/godz., potwierdzony podpisem rodzica).

Wymagane kwalifikacje:

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania usługi:

- jednolite studia magisterskie, na kierunku pedagogika w specjalności odpowiadającej prowadzonym zajęciom oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie na kierunku innym niż wymieniony powyżej i studia podyplomowe w zakresie prowadzonych zajęć lub w zakresie rodzaju niepełnosprawności oraz posiada przygotowanie pedagogiczne

ponadto

- ukończył jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego i drugiego stopnia, na kierunku psychologia, studia na kierunku pedagogika lub pedagogika specjalna, w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- ukończył jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego i drugiego stopnia, na kierunku psychologia, studia na kierunku pedagogika lub pedagogika specjalna, a ponadto ukończył studia podyplomowe w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, terapii pedagogicznej, terapii rodzin lub innego rodzaju terapii właściwej dla pobudzania psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka oraz posiada przygotowanie pedagogiczne

Część 3 -4 Zajęcia logopedii, usprawniania motoryki, organizacja spotkań i konsultacji dla rodziców dziecka, prawnych opiekunów

Zajęcia będą odbywały się w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym im. Przyjaciół Dzieci, ul. Komisji Edukacji Narodowej 6, 59-300 Lubin, od poniedziałku do piątku wg ustalonego harmonogramu.

Dzieci będą kwalifikowane na zajęcia po przeprowadzeniu diagnozy przez zespół terapeutów wyznaczony przez koordynatora WOKRO. Realizacja zajęć, formy i metody pracy powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości dzieci wynikających, m.in. z rodzaju niepełnosprawności, zaleceń zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie, diagnozy.

Terapeuta prowadzący zajęcia:

- umożliwi udział w zajęciach rodzicom dziecka, prowadzi konsultacje dla rodziców, udziela rodzicom porad i wskazówek dotyczących pracy z dzieckiem w domu,
- współpracuje z zespołem terapeutów pracujących z danym dzieckiem, wspólnie z zespołem

opracowuje diagnozę wstępną, indywidualny program pracy z dzieckiem na rok 2025 oraz ocenę postępów dziecka,

- dokumentuje realizację zajęć z każdym dzieckiem na listach obecności dziecka (wpisuje przebieg zajęć, termin-dzień/godz., potwierdzony podpisem rodzica).

Wymagane kwalifikacje:

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania usługi:

- jednolite studia magisterskie, na kierunku pedagogika w specjalności odpowiadającej prowadzonym zajęciom oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie na kierunku innym niż wymieniony powyżej i studia podyplomowe w zakresie prowadzonych zajęć lub w zakresie rodzaju niepełnosprawności oraz posiada przygotowanie pedagogiczne

ponadto

- ukończył jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego i drugiego stopnia, na kierunku psychologia, studia na kierunku pedagogika lub pedagogika specjalna, w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub
- ukończył jednolite studia magisterskie lub studia pierwszego i drugiego stopnia, na kierunku psychologia, studia na kierunku pedagogika lub pedagogika specjalna, a ponadto ukończył studia podyplomowe w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, terapii pedagogicznej, terapii rodzin lub innego rodzaju terapii właściwej dla pobudzania psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka oraz posiada przygotowanie pedagogiczne

3. Okres i miejsce realizacji zajęć

- 1) Przewidywany okres realizacji zajęć: od dnia podpisania umowy maksymalnie do dnia **19.12.2025 r.**
- 2) Zajęcia prowadzone mogą być od poniedziałku do piątku wg ustalonego harmonogramu.
- 3) Wykonawca zobowiązany jest prowadzić dokumentację realizacji zajęć zgodnie ze wzorem przekazanym przez Zamawiającego w ustalonej formie.
- 4) Liczba godzin poszczególnych zajęć zależna jest od zdiagnozowanych potrzeb dzieci i przydzielana będzie przez koordynatora WOKRO na określony czas.
- 5) Liczba godzin udzielonego wsparcia dla jednego dziecka nie może przekroczyć 5 godzin tygodniowo.
- 6) Jedną godzinę zajęć należy traktować jako godzinę zegarową tj. 60 minut.

- 7) Zajęcia będą odbywały się w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym im. Przyjaciół Dzieci, ul. Komisji edukacji Narodowej 6, 59-300 Lubin.
- 8) Lista dzieci oraz wgląd do dokumentacji, będzie przekazywane Wykonawcy przez Zamawiającego sukcesywnie wraz z postępującą rekrutacją.

4. Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1) Wykonania przedmiotu umowy zgodnie z założeniami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz z użyciem materiałów i wzorów przekazanych przez Zamawiającego.
- 2) Wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością, zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 3) Terminowego i sprawnego wykonania przedmiotu umowy oraz do bieżącej współpracy.
- 4) Przeprowadzenia zajęć zgodnie z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, sprawowania opieki nad dziećmi podczas zajęć oraz przerw.
- 5) Sprawowania opieki nad pomieszczeniami udostępnionymi przez Zamawiającego do prowadzenia zajęć oraz sprzętem i pomocami dydaktycznymi, zgłaszanie wszelkich usterek i uszkodzeń.
- 6) Przeprowadzenia zajęć zgodnie z zatwierdzonym przez Zamawiającego harmonogramem. Wszelkie zmiany w harmonogramie wymagają akceptacji Zamawiającego. Zmiana terminu zajęć musi zostać przekazana przez Wykonawcę do Zamawiającego najpóźniej na dzień przed pierwotnie planowanym terminem.
- 7) Dokumentowania realizowanych zajęć i obecności dzieci na zajęciach.
- 8) Bieżącego informowania Zamawiającego o nieobecności dziecka na zajęciach, przerwaniu zajęć lub rezygnacji z uczestnictwa oraz innych sytuacjach (najpóźniej w dniu po zajęciach), które mają wpływ na realizację programu zajęć i umowy.
- 9) Zapewnienia należytej ochrony danych osobowych dzieci uczestniczących w zajęciach zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 10) Prowadzenia Karty rozliczenia zrealizowanych godzin zgodnie z obowiązującym wzorem i przedkładania jej Zamawiającemu za miesiąc przepracowany – do 5 dnia kolejnego miesiąca.

5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

- 1) Prowadzenia obserwacji zajęć przez Koordynatora WOKRO lub innego przedstawiciela Zamawiającego, w tym do kontroli dokumentacji.
- 2) Rozwiązania umowy z Wykonawcą w przypadku niewywiązywania się z warunków umowy.

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY*

1. Imię i nazwisko Nazwisko rodowe.....
2. Imiona rodziców.....
3. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....
5. Numer ewidencyjny (PESEL).....
6. Numer telefonu
7. Miejsce zamieszkania.....

(dokładny adres)

8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

9. Wykształcenie.....

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.....

.....

.....

.....

(zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy - naukowy)

10. Wykształcenie

uzupełniające.....

.....

.....

.....

.....

(studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

11. Kursy i szkolenia doskonalące

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy

13. Doświadczenie w pracy z małym dzieckiem niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(wskazać okresy pracy z dzieckiem od 0 lat do rozpoczęcia nauki w szkole)

14. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3, i 5 są zgodne z dowodem osobistym serianr..... albo innym dowodem tożsamości

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby/osób składającej/-ych kwestionariusz)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)

*Dotyczy każdego terapeuty/ specjalisty zgłoszonego przez firmę

Formularz ofertowy

Przedmiot zamówienia:

INFORMACJA CENOWA

DOT. ZAPROSZENIA DO SKŁADANIA OFERT CENOWYCH
NA REALIZACJĘ USŁUG (wpisać nazwę i nr części)
W RAMACH PROGRAMU: „ZA ŻYCIEM”

Przeprowadzona na podstawie § 4 Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym im. Przyjaciół Dzieci, ul. Komisji Edukacji Narodowej 6, 59-300 Lubin, wartości poniżej 130 000 złotych przyjętego Zarządzeniem Dyrektora SOSzW w Lubinie z dnia 14 kwietnia 2025 roku.

Zamawiający:

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Przyjaciół Dzieci, ul. Komisji Edukacji Narodowej 6, 59-300 Lubin, Tel. + 48 (76) 749 72 71, w godz.: pn-pt 7.00-15.00

Email –osrodek@soszw.lubin.pl

Niniejszym przystępuję do udziału w postępowaniu o informację cenową:

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

telefon kontaktowy, adres email

1. Cena brutto za świadczenie 1 godziny terapeuty/ specjalisty :zł brutto

Słownie cena

.....

2. Deklarowane miejsce prowadzenia zajęć

.....

3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym, uzyskałam/em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

4. Oświadczam, że posiadam wymagane przez Zamawiającego doświadczenie i przygotowanie zawodowe w zakresie realizacji usług stanowiących przedmiot oferty*.
 5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania.
- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....

Miejscowość i data

.....

(Podpis Wykonawcy)

*W przypadku firm zgłaszających się do zapytania wymagane przynajmniej 2-letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć

.....

.....

Wykonawca – nazwa/imię nazwisko, adres

Zobowiązanie do wykonania przedmiotu zamówienia

dotyczy zapytania ofertowego na usługi społeczne zadań wynikających z programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za Życiem” na rzecz Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego im. Przyjaciół Dzieci w Lubinie pełniącej funkcję wiodącego ośrodka koordynacyjno–rehabilitacyjno -opiekuńczego.

Zobowiązuję się do wykonywania przedmiotu zamówienia osobiście lub w przypadku firmy poprzez osobę wskazaną, w terminie od do **19.12.2025 r.**

..... dnia

.....

(Podpis Wykonawca)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Lubinie – Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Przyjaciół Dzieci w Lubinie , w celu złożenia oferty w postępowaniu na usługi społeczne w ramach realizacji programu „Za Życiem”.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

Zostałem/łam poinformowany/a o możliwości wycofania zgody w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o wycofaniu zgody do Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego im. Przyjaciół Dzieci w Lubinie. Mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed wycofaniem oraz, że wycofanie zgody na przetwarzanie danych jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w postępowaniu.

..... dnia

.....

(Podpis Wykonawca)

.....

Miejscowość i data

.....

(czytelny podpis składającego ofertę)