



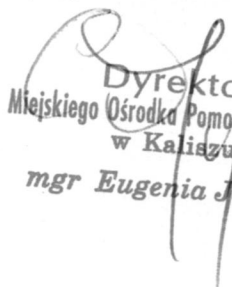
Nr sprawy MOPS-DFK.2317.4.2018

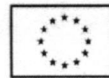
*Zapytanie ofertowe na świadczenie usług  
zgodnie z zasadą konkurencyjności*

**„Zatrudnienie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej”**

w ramach projektu pn. „Równi na starcie”. Projekt realizowany jest w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.1. Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne.

zatwierdzono:  
30.03.2018r  
Eugenia Jahura  
Dyrektor Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Kaliszu

  
Dyrektor  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Kaliszu  
mgr Eugenia Jahura



## **I. Nazwa, adres, inne dane Zamawiającego.**

### **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu**

ul. Obywatelska 4

62-800 Kalisz

tel.(62) 757 45 10 ; fax 757 63 66

adres e-mail:[mops.kalisz@wp.pl](mailto:mops.kalisz@wp.pl)

adres internetowy: <http://mops.kalisz.ibip.pl>

godziny urzędowania: poniedziałek – piątek 7<sup>30</sup> – 15<sup>30</sup>

## **II. Tryb udzielenia zamówienia.**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest zgodnie z zasadą konkurencyjności określoną w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020. Zamówienie stanowiące przedmiot niniejszego zapytania jest współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

## **III. Opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiot zamówienia oznaczony został we Wspólnym Słowniku Zamówień kodami:

85311200-4 Usługi opieki społecznej dla osób niepełnosprawnych

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi: Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej (dalej AOON) w ramach projektu „Równi na starcie” realizowanego przez Miasto Kalisz/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020, oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.1. Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne.

**1. Zakres i miejsce wykonywania usługi:** teren Miasta Kalisza – miejsca wskazane przez Zamawiającego. Miesięczne zaangażowanie czasowe jednego AOON średnio 150godzin miesięcznie (1 godz. = 60 minut) w godzinach i dniach uzależnionych od potrzeb osoby niepełnosprawnej.

**2. Zakres zamówienia:** zatrudnienie AOON.

**3. Termin realizacji zamówienia:** od zawarcia umowy do 30 września 2018r.

### **4. Cel usługi:**

- umożliwienie aktywnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i zawodowym.
- pomoc osobom niepełnosprawnym w wykonaniu podjętych już przez nie działań oraz inspirowanie i zachęcanie do aktywności, doradzanie, wsparcie psychiczne i emocjonalne, pomoc w nawiązywaniu nowych relacji społecznych, motywowanie do aktywnego korzystania z ról życia osobistego, społecznego, zawodowego.

### **5. Zakres obowiązków:**

- a) Do zadań Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej będzie należało wsparcie niepełnosprawnych uczestników projektu. Pod pojęciem wsparcie rozumie się pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego (m.in. wsparcie w przemieszczaniu się np.: do lekarza, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach, spędzanie wolnego czasu, w tym wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych, zawodowego (np. wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, urzędów pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo

oraz asysta w tych miejscach i zajęciach), wsparcie podczas zajęć pozalekcyjnych: gromadzenie materiałów, korzystania z biblioteki.

Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej będzie udzielać wsparcia w pokonywaniu barier jakie napotyka osoby niepełnosprawne.

Wykonywanie usług odbywać się będzie w sposób zindywidualizowany, uwzględniający rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej;

- b) AOON sporządza i przekazuje Zamawiającemu po zrealizowaniu wsparcia dla uczestnika projektu ewidencji przepracowanych godzin w miesiącu kalendarzowym zakres wykonanych czynności a w przypadku realizacji zlecenia przez podmiot gospodarczy za jego pośrednictwem;
- c) AOON zobowiązany będzie także do prowadzenia karty czasu pracy poświadczającej łączny wymiar czasu, przeznaczonego na wykonanie usług. Karta czasu pracy obejmuje okres od pierwszego do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

### **UWAGA !**

sprawozdanie stanowić będzie warunek niezbędny do obliczenia i wypłaty wynagrodzenia za zrealizowane usługi. Łączne zaangażowanie zawodowe w realizację projektów finansowanych z innych funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów, nie przekroczy 276 godzin miesięcznie.

### **Inne wymagania:**

Promocja projektu „Równi na starcie” : zamieszczenie informacji o fakcie współfinansowania projektu z EFS na wszelkiego rodzaju dokumentach, zgodnie z wzorami przekazanymi przez Zamawiającego.

### **IV. Wymagania stawiane Wykonawcy/warunki udziału.**

#### **1) O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu tj.:**

Nie mają powiązania z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

#### **2) Spełniają warunki udziału w postępowaniu tj.:**

##### **Posiadają kompetencje, uprawnienia do realizacji zamówienia:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się osoby fizyczne które:

- a) na poziomie rocznej szkoły policealnej ukończyły kształcenie w zawodzie AOON zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. 2012, poz. 184 z późn. zm.) lub też posiadają doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub posiadają odpowiednie przeszkolenie w ramach odpowiednich kursów.
- b) posiadają minimalne roczne doświadczenie w pracy z osobą z niepełnosprawnością poświadczone formalnie poprzez świadectwo pracy, referencje, umowę o pracę/cywilno-prawną, zaświadczenie o odbytym lub odbywanym wolontariacie lub nieformalnie: Curriculum Vitae (CV), list motywacyjny opisujący posiadane doświadczenie (w tym np. cykliczna i długotrwała opieka nad członkiem rodziny), polecenia/referencje.



**Jeśli ofertę składa podmiot gospodarczy powinien:**

dysponować odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia i znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

**Uprawnienia do udzielania wsparcia osoby niepełnosprawnej musi posiadać osoba bezpośrednio realizującą usługę**

**V. Dokumenty wymagane do składanej oferty:**

- a) Formularz ofertowy (**załącznik nr 1**)
- b) kopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz dokumenty wymienione w pkt. IV ppkt 2) niniejszego zapytania ofertowego.
- c) Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym (**załącznik 4**) składają osoby fizyczne i podmioty gospodarcze.
- d) Załącznik potwierdzający doświadczenie (**załącznik 3**) osoby fizyczne lub w ich imieniu podmiot zatrudniający.
- e) Oświadczenie o pobieraniu składek ZUS-jeśli ofertę składa osoba fizyczna (**załącznik 6**)
- f) Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia (**załącznik nr 2**) osoby fizyczne lub w ich imieniu podmiot zatrudniający.
- g) Oświadczenie dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej (**załącznik 5**) podmiot gospodarczy
- h) Oświadczenie o posiadaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS albo wydruk z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej nie starsze niż 3 miesiące - składa podmiot gospodarczy;
- i) Pełnomocnictwo do złożenia oferty w niniejszym postępowaniu, jeśli wykonawca posługuje się w celu złożenia oferty pełnomocnikiem (jeśli dotyczy)

**VI. Opis sposobu obliczenia ceny:**

- a) W formularzu ofertowym należy wskazać: cenę za 1 godzinę zegarową. Ceny muszą być podane cyfrą i słownie z uwzględnieniem wszystkich zobowiązań w tym podatek VAT, osoba nie prowadząca działalności gospodarczej podaje kwotę za 1h z uwzględnieniem zobowiązań wobec ZUS. (ze względu na charakter pracy terenowej w cenie za 1 godzinę należy uwzględnić cenę jednego biletu jednodniowego na terenie miasta Kalisza).
- b) Wartość wynagrodzenia AOON w miesiącu kalendarzowym obliczona zostanie jako iloczyn liczby godzin usług asystenta i stawki za jedną godzinę świadczenia usług ustaloną zgodnie z zasadami niniejszego postępowania,
- c) Zamawiający po uprzednim zatwierdzeniu wykonania zadania zatwierdzeniu sprawozdania z wykonanej usługi dokona płatności przelewem na wskazany r-k bankowy lub w kasie MOPS w Kaliszu w terminie do 30 dni od daty złożenia rachunku/faktury.
- d) Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą prowadzone będą w walucie polskiej,
- e) Wykonawca otrzyma wynagrodzenie za faktycznie wykonaną usługę,
- f) Realizacja zadania finansowana jest w całości ze środków publicznych. Źródłem finansowania jest Europejski Fundusz Społeczny i środki pochodzące z budżetu państwa,
- g) Cenę oferty należy przedstawić w pełnych złotych,
- h) Cena oferty może być tylko jedna. W przypadku rozbieżności między kwotami podanymi cyfrowo i słownie, za wiążącą Zamawiający uznawać będzie wartość podaną słownie.

**VII. Sposób przygotowania oferty, termin i miejsce złożenia oferty:**

- a) Oferty należy przygotować w sposób czytelny. Oferty nieczytelne zostaną odrzucone,
- b) Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę,
- c) Dokumenty składa się w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę,

- d) Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty,
- e) Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim i składać na załączonym druku formularza w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul. Obywatelska 4, pokój Nr 3, w zamkniętej kopercie z dopiskiem:

**„Oferta na Zatrudnienie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej” – w ramach projektu pn. „Równi na starcie”. Projekt realizowany jest w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Podziałanie 7.2.1. Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne.”**

**Nie otwierać do dnia 09.04.2018r. do godz. 10.15.**

**Termin złożenia oferty: 09.04.2018r. do godziny 10:00** (decyduje data i godzina wpływu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu).

- f) Poza oznaczeniami podanymi powyżej, koperta powinna posiadać nazwę i adres Wykonawcy, aby można było odesłać ofertę w przypadku złożenia po terminie,
- g) Oferty złożone po terminie określonym w punkcie VII ppkt e) zostaną niezwłocznie odesłane Wykonawcy bez otwierania,
- h) Niniejsze zapytanie ofertowe jest upublicznione na stronie internetowej: [www.bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl](http://www.bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl) oraz <http://mops.kalisz.ibip.pl>

#### **VIII. Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty:**

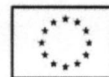
Złożone oferty będą oceniane przez Zamawiającego przy zastosowaniu kryterium cena 100 % , cena powinna być podana w złotych za 1 godz. zegarową wraz ze wszystkimi należnymi podatkami i obciążeniami) :

**cena oferty - 100% (maksymalnie 100 punktów)**

Ilość punktów oferty badanej w kryterium cena =  $\frac{\text{cena oferty najniższej} \times 100}{\text{cena oferty badanej}}$

Oferta z najniższą ceną otrzyma 100 punktów; punkty dla pozostałych ofert zostaną obliczone przy zastosowaniu powyższego wzoru.

1. Jeśli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na taką samą liczbę punktów, Zamawiający wezwie Wykonawców do złożenia ofert dodatkowych.
2. Zamawiający dokona wyboru Wykonawców, którzy uzyskali największą ilość punktów zgodnie z kryterium oceny.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania bez podania przyczyny na każdym jego etapie.
4. Zamawiający zastrzega, iż w toku sprawdzania dokumentów, w przypadkach tego wymagających, będzie miał prawo żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych dokumentów i treści oferty, a także będzie miał prawo wezwać do uzupełnienia wymaganych dokumentów, jeśli nie zostaną one złożone lub będą zawierać błędy.
5. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji związanej z potrzebą dokonania stosownych zmian w umowie w celu właściwej realizacji zamówienia publicznego zastrzega się możliwość dokonania niniejszych zmian w drodze aneksu do umowy. Zakres zmian może dotyczyć m.in.
  - a) okresu i harmonogramu realizacji umowy,
  - b) ostatecznej ilości godzin do zrealizowania,
  - c) ostatecznej ilości Uczestników Projektu,
7. Podana przez Wykonawcę cena jest obowiązująca przez okres związania umową i nie będzie podlegała waloryzacji w okresie jej trwania.



8. W przypadku nie podpisania umowy z najkorzystniejszym Wykonawcą z przyczyn niezależnych od Zamawiającego, Zamawiający zastrzega sobie prawo podpisania umowy z kolejnym najkorzystniejszym Wykonawcą.
9. Do upływu terminu składania ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści niniejszego zapytania ofertowego. W tej sytuacji Wykonawcy, którzy złożyli ofertę zostaną poinformowani o nowym terminie składania ofert oraz o dokonanej zmianie treści zapytania ofertowego.
10. Brak nieusprawiedliwionego stawiennictwa Wykonawcy oraz nieprzedłożenie wymaganych dokumentów w wyznaczonym terminie może spowodować odstąpienie od podpisania umowy, a tym samym niespełnienie warunków udziału w postępowaniu i ostatecznie odrzucenie oferty Wykonawcy.

#### ***IX. Informacje dodatkowe:***

1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
2. Zamawiający nie przewiduje zamówień uzupełniających.
3. Osobą uprawnioną do kontaktów z wykonawcami są:
  - Witold Ulatowski tel. 506 162 493, pokój nr 12,
  - Anna Kowalska tel. 506 162 226 , pokój nr 3.
4. Informacje dotyczące zawierania umowy:  
Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty, najpóźniej w terminie 5 dni, Zamawiający skontaktuje się z wybranym Wykonawcą w celu podpisania umowy.
5. Zamawiający porozumiewa się z Wykonawcami w zakresie podpisania umowy w formie telefonicznej lub mailem.

Nr sprawy MOPS-DFK.2317.4.2018

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**  
**ul. Obywatelska 4**  
**62-800 Kalisz**

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na wykonanie usługi:**

Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej. Zamówienie realizowane jest w ramach projektu pn. „Równi na starcie”. Projekt realizowany jest w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Podziałanie 7.2.1. Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne.

<b>Informacja o Wykonawcy</b>	
Nazwa Wykonawcy (imię i nazwisko lub nazwa podmiotu gospodarczego)	
PESEL <sup>1</sup>	
Adres Wykonawcy	
Tel./fax	
E-mail	
NIP <sup>1</sup>	
REGON <sup>1</sup>	

Część I.

Wartość wykonania usługi (zgodnie z szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w zapytaniu ofertowym na świadczenie usług z dnia .....2018 znak: MOPS-DFK.2317.3.2018), wynosi<sup>2</sup>:

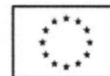
**cena brutto za 1 godzinę zegarową : ..... złotych**

(słownie: .....)

.....  
Data, czytelny podpis (imię i nazwisko) Wykonawcy

<sup>1</sup> wypełnić jeśli dotyczy a w innym przypadku „nie dotyczy”

<sup>2</sup> cena musi być podane cyfrą i słownie z uwzględnieniem wszystkich zobowiązań w tym podatek VAT, osoba nie prowadząca działalności gospodarczej podaje kwotę za 1h z uwzględnieniem zobowiązań wobec ZUS. (ze względu na charakter pracy terenowej w cenie za 1 godzinę należy uwzględnić cenę jednego biletu jednodniowego na terenie miasta Kalisza).



Część II.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż:

1) nie\* byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyśle przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;

2) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych;

3) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zamówienia – zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016, poz. 922) z późn. zm.

-Zapoznałem/liśmy się i w pełni oraz bez żadnych zastrzeżeń akceptujemy treść zapytania ofertowego wraz z załącznikami,

-Oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami zapisanymi w zapytaniu ofertowym

-W pełni i bez żadnych zastrzeżeń akceptuję/my warunki umowy na wykonanie zamówienia zapisane w ogłoszeniu i w przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuję/my się do zawarcia umowy na proponowanych warunkach, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,

-Podana przez nas Cena brutto pozostanie stała tzn. nie ulegnie zmianie przez cały okres realizacji (wykonywania) przedmiotu zamówienia.

-Oświadczam/y, że jestem/śmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

**-Faktura/rachunek za wykonanie przedmiotu zamówienia wystawiony/-a będzie na:**

**Miasto Kalisz (NIP 6180015933) ul. Główny Rynek 20, 62-800 Kalisz, natomiast płatnikiem będzie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul. Obywatelska 4, 62-800 Kalisz.**

.....  
Data, czytelny podpis (imię i nazwisko) Wykonawcy

W załączeniu przedkładam wymagane dokumenty:

1.....

2.....

3.....

90





Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

## Załącznik nr 2

Nr sprawy MOPS-DFK.2317.4.2018

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia: **ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ** – w ramach realizacji Projektu pt. „Równi na startcie” realizowanego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe/wykształcenie niezbędne do wykonania usługi (kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe/wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia)	Podstawa do dysponowania daną osobą (nie dotyczy osoby fizycznej)
1.			
2.			
3.			

(miejscowość) ....., dnia .....

.....  
podpis i pieczęć osoby (osób) uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy



Nr sprawy MOPS-DFK.2318.4.2018

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

.....  
(nazwa i siedziba Wykonawcy)

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu**  
**ul. Obywatelska 4**  
**62-800 Kalisz**

**Oświadczenie\***

- Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w pracy z osobą niepełnosprawną w wymiarze ..... lat.<sup>1</sup>

.....  
(miejsowość, dnia)

.....  
Podpis i pieczęć osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Oświadczenie\***

- Oświadczam, iż osoba, która będzie wykonywała zamówienie w imieniu Wykonawcy/wspólnie z Wykonawcą posiada doświadczenie w pracy z osobą niepełnosprawną w wymiarze..... lat.<sup>2</sup>

.....  
(miejsowość, dnia) Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

\*zaznaczyć właściwe

07



Nr sprawy MOPS-DFK.2317.4.2018

Załącznik nr 4

.....  
(nazwa i siedziba Wykonawcy)

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu  
ul. Obywatelska 4  
62-800 Kalisz**

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym**

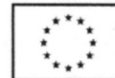
**Ja, niżej podpisany.....**

**oświadczam, że na dzień składania oferty nie jestem powiązany ani osobowo, ani kapitałowo z Zamawiającym.**

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
Data oraz czytelny podpis lub pieczęć



Nr sprawy MOPS-DFK.2317.4.2018

Załącznik nr 5

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

.....  
(nazwa i siedziba Wykonawcy)

**Miejski Ośrodek Pomocy  
Społecznej w Kaliszu  
ul. Obywatelska 4  
62-800 Kalisz**

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SYTUACJI EKONOMICZNEJ I FINANSOWEJ**

W związku z uczestnictwem w postępowaniu ofertowym z dnia .....2018 roku oraz mając świadomość odpowiedzialności karnej z tytułu składania fałszywych oświadczeń w celu uzyskania zamówienia, wynikającej z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 – jednolity tekst) **oświadczamy, że Wykonawca znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.**

Niniejszym oświadczam/y iż:

- Wobec Oferenta nie jest prowadzone żadne postępowanie egzekucyjne i nie ogłoszono upadłości,
- Nie zalegamy z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne

.....  
(miejscowość, dnia) Podpis i pieczęć osoby  
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

*Ch*



Nr sprawy MOPS-DFK.2317.4.2018

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

.....  
(nazwa i siedziba Wykonawcy)

Miejski Ośrodek Pomocy  
Społecznej w Kaliszu  
ul. Obywatelska 4  
62-800 Kalisz

**Oświadczenie o pobieraniu składek ZUS**  
(jeżeli ofertę składa osoba fizyczna)

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko)

.....

Zamieszkała/y (dokładny adres)

.....

Oświadczam, że:

\*jestem / nie jestem pracownikiem u innego pracodawcy

\*jestem / nie jestem emerytem / rencistą – numer emerytury / renty .....

\*jestem / nie jestem uczniem / studentem

Z tytułu zawartej umowy zlecenia **ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ** – w ramach realizacji Projektu pt. „Równi na starcie” realizowanego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Oś priorytetowa 7. Włączenie społeczne. Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.1 Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne

\*wnoszę / nie wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym

w tym chorobowym \*tak / nie

Jednocześnie oświadczam, że dochody ze stosunku pracy są:

\*równe lub wyższe od najniższego wynagrodzenia

\*niższe od najniższego wynagrodzenia

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

01