

Kalisz, dnia 09.08.2018r.

Zapytanie ofertowe

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu jako realizator projektu pn.: „Równi na starcie” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego zaprasza do złożenia oferty na przeprowadzenie szkolenia dot. Problematyki dziecka urodzonego z zespołem FAS.

Szkolenie jest adresowane do osób prowadzących rodzinną pieczę zastępczą, kandydatów na rodziców zastępczych oraz osób objętych asystenturą rodzinną.

Zakres szkolenia i metody:

1. Metody diagnozy zespołu FAS. Wyzwania diagnostyczne, stosowane na świecie podejścia diagnostyczne.

Diagnoza zespołu FAS z wykorzystaniem 4cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego.

2. Korzyści ze stosowania 4-cyfrowego Kodu Diagnostycznego. Diagnostyka różnicowa, inne zespoły wad wrodzonych i zaburzenia psychiczne współistniejące z FASD (formularze diagnostyczne, instrukcje określania 4-cyfrowego kodu diagnostycznego).

3. FAS w perspektywie neurorozwojowej, podstawy wiedzy o neurorozwoju, różnicowanie uszkodzeń pre- i postnatalnych. Profil neurorozwojowy.

4. Możliwości terapeutyczne u dzieci z FAS/FASD m.in.:

- praca z przywiązaniem, style przywiązania u dzieci z FAS - wykorzystanie metody Coffy Test,

- wykorzystanie metody Krąg Ufności,

- praca z ciałem i traumą rozwojową typu FASD metodą Somatic Experiencing (Doświadczenie Somatyczne).

Wykonawca musi posiadać uprawnienia do realizacji przedmiotu zapytania ofertowego :

1. diagnosta FAS/FASD - ukończony kurs diagnostyczny 4-cyfrowym Kwestionariuszem

2. terapeuta traumy rozwojowej - metoda Somatic **Experiencing** (Doświadczenie Somatyczne).

Wykonawca w okresie ostatnich 3 lat powinien przeprowadzić co najmniej 5 szkoleń w tym zakresie (załącznik do oferty).

W celu dokonania rozeznania rynku i wyboru oferty najkorzystniejszej, zapraszamy do złożenia oferty do dnia 16.08.2018r. do godz.14:00 w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul. Obywatelska 4, 62-800 Kalisz, pokój nr 2.

1) Termin realizacji zamówienia 20.08.2018r. do 30.08.2018r.

2) Szkolenie kierowane jest do 60 osób z podziałem na 3 grupy po 20 osób. Szkolenie dla jednej grupy 8 godzin, w tym 6 godzin szkolenia grupowego i 2 godziny konsultacji indywidualnej.

3) Miejsce realizacji zamówienia Kalisz, ul. Graniczna 1, budynek A, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu.

4) Szkolenie powinno być przeprowadzone w ciągu min. 3 dni.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia niniejszego zapytania na każdym jego etapie bez podania przyczyny.

W załączeniu:

1. Formularz ofertowy (do wypełnienia).

2. Doświadczenie zawodowe.

3. Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zapytania ofertowego

w/z DYREKTORA

Kierownik Działu Pomocy
Osobom Niepełnosprawnym

mgr Anna Skowrońska

FORMULARZ OFERTOWY

(Dane Wykonawcy)

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

FORMULARZ OFERTOWY

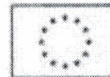
Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert na przeprowadzenie szkoleń dot. Problematyki dziecka urodzonego z zespołem FAS. Szkolenie kierowane do 60 osób z podziałem na 3 grupy po 20 osób. Szkolenie dla jednej grupy 8 godzin, w tym 6 godzin szkolenia grupowego i 2 godziny konsultacji indywidualnej. W ramach projektu pn.: „Równi na starcie” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oświadczam że:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w zaproszeniu.
2. Przedmiot zamówienia wykonam za kwotę :

słownie:.....

Wyrażam zgodę na potrącenie z wyżej wymienionej kwoty składek ZUS od pracownika i
pracodawcy.

3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do przeprowadzenia ww. szkolenia. Na wezwanie Zamawiającego Wykonawca przedstawi dokumenty potwierdzające posiadane uprawnienia.



Załącznik

.....
(pieczęć Wykonawcy/ów)

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Wykaz wykonanych, w ciągu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert.

Lp.	Nazwa i adres odbiorcy zamówienia (Zamawiającego)	Przedmiot zamówienia (podać nazwę i krótki opis wykonanej lub wykonywanej usługi w zakresie niezbędnym do potwierdzenia spełnienia warunku udziału w zapytaniu ofertowym).	Termin realizacji zamówienia (od dnia – do dnia) (proszę podać: dzień/miesiąc/rok)	Wartość zamówienia brutto w PLN (podać wartość zrealizowanej części)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu tych informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
/podpis/y, pieczętki osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy/

Załączniki:

Dowody określające czy usługi wymienione w powyższym wykazie zostały wykonane należycie – **należy złożyć na wezwanie Zamawiającego.**

.....
(pieczęć Wykonawcy/ów)

załącznik

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Lp.	Imię i nazwisko	Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń podobnych tematycznie (należy podać: pełną nazwę pracodawcy/zleceniodawcy oraz liczbę lat pracy)

..... (miejsowość), dnia r.

.....
/podpis/y, pieczętki osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy/