

## DZIAŁ II

### OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania uczestników i uczestniczek projektu pn. „SmartCare – organizacja usług społecznych z wykorzystaniem nowoczesnych TIK” realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku.

Usługi świadczone będą na rzecz 23 osób dorosłych, które ze względu na stan zdrowia, wiek, niepełnosprawność wymagają opieki z uwagi na niemożność samodzielnego wykonywania przez nich podstawowych czynności dnia codziennego. Osoby te zamieszkują na terenie miasta Płocka.

Usługi opiekuńcze świadczone będą w wymiarze 480h miesięcznie w okresie od 01.01.2019r. do 31.07.2020r. (19m-cy) w dniach i godzinach ustalonych z Zamawiającym, od poniedziałku do niedzieli (również w dni świąteczne) w godzinach od 8.00 do 18.00.

Zamawiający zakłada, że godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w domu klienta, bez czasu dojazdu lub dojścia do miejsca zamieszkania.

Ilość osób, którym świadczone są usługi jest zmienna – może różnić się w poszczególnych miesiącach, może być mniejsza lub większa od ilości podanych w poszczególnych częściach zamówienia.

Zamawiający do dnia 21 grudnia 2018r. przekaze wyłonionemu Wykonawcy listę osób wraz z adresami, zakresem prac oraz godzinami usług w poszczególnych dniach. Jeśli Wykonawcą będzie podmiot, powyższe wiąże się z koniecznością podpisania odrębnej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Jeśli Wykonawcą będzie osoba fizyczna realizująca przedmiot zamówienia osobiście – powyższe wiąże się z koniecznością upoważnienia osoby do przetwarzania danych osobowych. W

Po stronie Wykonawcy leży zapewnienie odpowiedniej odzieży ochronnej (rękawiczki, fartuch itp.), biletów komunikacji miejskiej niezbędnych do wykonywania czynności związanych ze świadczeniem usług.

#### W ramach zadania świadczone będą usługi opiekuńcze obejmujące w szczególności:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. czynności związane z dostarczeniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczeniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, czynności dotyczące gospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się);
- opiekę higieniczną (np. czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno – pielęgnacyjnych, pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej, zmianę bielizny pościelowej, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji);
- pielęgnację zleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgnarskiej opieki środowiskowej;
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług, czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej).

**Indywidualny zakres czynności opiekuńczych** świadczonych na rzecz uczestników/uczestniczek projektu określa Załącznik nr 1 do OPZ.

Zakres wsparcia i wymiar godzin usług opiekuńczych dla poszczególnych uczestników/uczestniczek projektu zostanie określony indywidualnie w **kontrakcie trójstronnym** zawartym między osobą niesamodzielną (lub jej opiekunem prawnym/faktycznym), osobą osobiście realizującą przedmiot zamówienia oraz organizatorem usług opiekuńczych. Wzór **kontraktu trójstronnego** został określony w Załączniku nr 2.

Łączne zaangażowanie zawodowe osoby osobiście realizującej przedmiot zamówienia nie może przekroczyć 276h/m-c.

Wykonawcą nie może być osoba zatrudniona w instytucji uczestniczącej w realizacji PO (rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO) na podstawie stosunku pracy chyba, że nie zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie (zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).

Wykonawca zobligowany jest do realizacji usługi w szczególności z zastosowaniem zasad określonych w poniżej wyszczególnionych dokumentach:

- *Minimalne wymagania świadczenia usług społecznych w społeczności lokalnej;*
- *Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014 – 2020.*

Dokumenty, o których mowa powyżej, dostępne są na stronie internetowej: [www.funduszedlamazowska.eu](http://www.funduszedlamazowska.eu)

Wykonawca będzie odpowiedzialny za prowadzenie dokumentacji:

- **ocena stanu osoby niesamodzielnej** – skala Barthel wg wzoru określonego w Załączniku nr 3
- **indywidualny plan wsparcia i pracy z osobą niesamodzielną** – (przy współpracy z Zamawiającym i osobą objętą wsparciem) wg wzoru określonego w Załączniku nr 4
- **dziennik czynności opiekuńczych** – wg wzoru określonego w Załączniku nr 5
- **miesięczna ewidencja godzin pracy** – wg wzoru określonego w Załączniku nr 6

Rozliczenie za świadczone usługi będzie następować miesięcznie, w oparciu o udokumentowany prawidłowo zrealizowany i sprawdzony zakres przedmiotu zamówienia na podstawie zaoferowanej ceny. Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie jedynie za faktycznie wypracowane godziny świadczenia usług opiekuńczych.

Zamawiający będzie dokonywał regularnej oceny w zakresie jakości świadczenia usług opiekuńczych wykonywanych przez Wykonawcę.

Zamawiający zapewnia szkolenia dla osób, które będą osobiście realizować przedmiot zamówienia :

- szkolenie z zakresu realizacji usług opiekuńczych na rzecz osób niesamodzielnych – 120h (IV kwartał 2018r.)
- szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej – 20h (IV kwartał 2018r.)

Z wyłonionymi Wykonawcami zostaną podpisane umowy, zawierające klauzulę lojalnościową obligującą Wykonawcę do pełnego zwrotu kosztów szkoleń w przypadku zerwania umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

## Indywidualny zakres usług opiekuńczych

świadczonych na rzecz uczestników/uczestniczek projektu

„SmartCare – organizacja usług społecznych z wykorzystaniem nowoczesnych TIK”

### Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych:

- zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zabiegów oraz towarzyszenie w nich (jeśli zachodzi taka potrzeba), realizacja recept za środki pieniężne osoby objętej usługami (w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania)
- przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia – z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystości naczyń stołowych i kuchennych
- pomoc w przygotowywaniu posiłków, z zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystości naczyń stołowych i kuchennych
- dostarczanie gotowych posiłków
- pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie (o ile wymaga tego stan zdrowia) – z zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystość naczyń stołowych i kuchennych
- załatwianie w razie potrzeby spraw urzędowych (lub towarzyszenie przy ich załatwianiu), uiszczanie opłat (środkami pieniężnymi osoby objętej usługami)
- przynoszenie opału/palenie w piecu, wynoszenie popiołu
- utrzymanie w czystości pomieszczeń osoby objętej usługami (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych), wynoszenie śmieci, odkurzanie (raz w tygodniu lub według potrzeb), zmywanie podłogi mopem (2 razy w tygodniu lub według potrzeb), wycieranie kurzu (2 razy w tygodniu lub według potrzeb), mycie okien (2 razy w roku)
- utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby objętej usługami (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych) – pokoju, w którym osoba objęta usługami przebywa, łazienki, toalety, kuchni oraz sprzętu sanitarnego
- utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu pomocniczego ułatwiającego przemieszczanie się (np. wózka inwalidzkiego, podnośnika)
- pranie odzieży i bielizny pościelowej w pralce, niezbędne prasowanie lub zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni za środki pieniężne osoby, na rzecz której świadczona jest usługa
- dokonywanie zakupów artykułów spożywczych i innych niezbędnych w gospodarstwie domowym lub towarzyszenie przy ich dokonywaniu (zakupy dokonywane są za środki pieniężne osoby objętej usługami, w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania/pobytu)

### Opieka higieniczna:

- mycie ciała, głowy, pielęgnacja jamy ustnej, pielęgnacja włosów
- pomoc przy kąpielach
- golenie, higiena paznokci rąk i nóg, czyszczenie protez zębowych
- pomoc przy ubieraniu się, zmiana bielizny osobistej i pościelowej
- prześcielenie łóżka
- pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (odprowadzenie do toalety, zakładanie i zmiana pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń)

### Czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej:

- układanie chorego w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ciała
- pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów

- 
- opróżnianie worka urologicznego
  - przygotowanie i nadzór nad zażyciem leków
  - mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, poziomu cukru
  - oklepywanie
  - wykonywanie inhalacji

**Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:**

- podtrzymywanie indywidualnych zainteresowań, pomoc w organizowaniu czasu wolnego oraz kontaktach z najbliższym otoczeniem i środowiskiem lokalnym (w tym towarzyszenie podczas spacerów, w drodze do i z placówek usługowych, kulturalnych i sportowo – rekreacyjnych, dostarczanie prasy i książek – stosownie do potrzeb i możliwości osoby)
- pomoc w dotarciu i w drodze do/z ośrodków wsparcia

### Kontrakt trójstronny Nr ...

zawarty w Płocku, dnia ...  
pomiędzy:

Panem/Panią .....  
zamieszkałym/ą w Płocku przy ul. ....  
- osobą objętą wsparciem

a

Panem/Pani .....  
zamieszkałym/ą w Płocku przy ul. ....  
- osobą świadczącą usługi opiekuńcze

oraz

...

z siedzibą w ...  
reprezentowanym przez Panią/Pana ...  
- organizatorem usług opiekuńczych

### Postanowienia kontraktu

1. Strony zobowiązują się do wzajemnej współpracy, której głównym celem jest umożliwienie osobie objętej wsparciem niezależnego funkcjonowania w środowisku zapobiegającym odizolowaniu od rodziny i społeczności lokalnej.
2. Strony zgodnie określają zakres zaplanowanego wsparcia:  
**A) Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych:**
  - zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zabiegów oraz towarzyszenie w nich (jeśli zachodzi taka potrzeba), realizacja recept za środki pieniężne osoby objętej usługami (w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania)
  - przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia - z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystości naczyń stołowych i kuchennych
  - pomoc w przygotowywaniu posiłków, z zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystości naczyń stołowych i kuchennych
  - dostarczanie gotowych posiłków
  - pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie (o ile wymaga tego stan zdrowia) - z zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystość naczyń stołowych i kuchennych
  - załatwianie w razie potrzeby spraw urzędowych (lub towarzyszenie przy ich załatwianiu), uiszczanie opłat (środkami pieniężnymi osoby objętej usługami)
  - przynoszenie opału/palenie w piecu, wynoszenie popiołu
  - utrzymanie w czystości pomieszczeń osoby objętej usługami (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych), wynoszenie śmieci, odkurzanie (raz w tygodniu lub według potrzeb), zmywanie podłogi mopem (2 razy w tygodniu lub według potrzeb), wycieranie kurzu (2 razy w tygodniu lub według potrzeb), mycie okien (2 razy w roku)
  - utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby objętej usługami (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych) - pokoju, w którym osoba objęta usługami przebywa, łazienki, toalety, kuchni oraz sprzętu sanitarnego
  - utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu pomocniczego ułatwiającego przemieszczanie się (np. wózka inwalidzkiego, podnośnika)



- pranie odzieży i bielizny pościelowej w pralce, niezbędne prasowanie lub zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni za środki pieniężne osoby, na rzecz której świadczona jest usługa
- dokonywanie zakupów artykułów spożywczych i innych niezbędnych w gospodarstwie domowym lub towarzyszenie przy ich dokonywaniu (zakupy dokonywane są za środki pieniężne osoby objętej usługami, w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania/pobytu)

**B) Opieka higieniczna:**

- mycie ciała, głowy, pielęgnacja jamy ustnej, pielęgnacja włosów
- pomoc przy kąpielach
- golenie, higiena paznokci rąk i nóg, czyszczenie protez zębowych
- pomoc przy ubieraniu się, zmiana bielizny osobistej i pościelowej
- prześcielenie łóżka
- pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (odprowadzenie do toalety, zakładanie i zmiana pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń)

**C) Czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgnarskiej opieki środowiskowej:**

- układanie chorego w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ciała
- pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów
- opróżnianie worka urologicznego
- przygotowanie i nadzór nad zażyciem leków
- mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, poziomu cukru
- oklepywanie
- wykonywanie inhalacji

**D) Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:**

- podtrzymywanie indywidualnych zainteresowań, pomoc w organizowaniu czasu wolnego oraz kontaktach z najbliższym otoczeniem i środowiskiem lokalnym (w tym towarzyszenie podczas spacerów, w drodze do i z placówek usługowych, kulturalnych i sportowo – rekreacyjnych, dostarczanie prasy i książek – stosownie do potrzeb i możliwości osoby)
- pomoc w dotarciu i w drodze do/z ośrodków wsparcia

1. Wsparcie udzielane będzie w okresie uczestnictwa w projekcie „SmartCare – organizacja usług społecznych z wykorzystaniem nowoczesnych TIK” w wymiarze ...h/m-c.
2. Kontrakt sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – po jednym dla każdej ze stron.

Płock, dn. ....

Podpis osoby objętej wsparciem: .....

Podpis osoby świadczącej usługi opiekuńcze: .....

Podpis organizatora usług opiekuńczych: .....

Załącznik nr 3 do OPZ

Ocena stanu osoby niesamodzielnej  
SKALA BARTHEL

Nazwisko i imię osoby niesamodzielnej: .....

Data urodzenia: .....

l.p.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny/a, niezależny/a	
2	<b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie):</b> 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 - większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10 - mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 - samodzielny/a, niezależny/a	
3	<b>Utrzymanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 - niezależny/a przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC):</b> 0 - zależny/a 5 - częściowo potrzebuje pomocy 10 - niezależny/a (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymywanie higieny osobistej)	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny/a 5 - niezależny/a	
6	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich):</b> 0 - nie porusza się lub może pokonać odległość <50m 5 - niezależny/a poruszający/a się na wózku 10 - spacerzy z pomocą jednej osoby, na odległość >50m 15 - niezależny/a (ale może potrzebować pomocy np. laski) na odległość >50m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest samodzielny/a 5 - potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10 - samodzielny/a	
8	<b>Ubieranie i rozbieranie się:</b> 0 - zależny/a 5 - potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonywać bez pomocy 10 - niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbyty:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy) 5 - przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca 10 - kontroluje oddawanie stolca	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu (lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny) 5 - przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu 10 - kontroluje oddawanie moczu	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny):</b>		

Płock, dn. ....

Czytelny podpis osoby dokonującej oceny: .....



Załącznik nr 4 do OPZ

### Indywidualny plan wsparcia i pracy z osobą niesamodzielną

Nazwisko i imię osoby niesamodzielnej: .....

Adres: .....

Nazwiska i imiona, telefony kontaktowe osób na stałe zaangażowanych w sprawowanie opieki lub wspomagające (członkowie rodziny, sąsiedzi, wolontariusze):

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

Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy pielęgniarzki środowiskowej:

.....

Nazwisko i imię lekarza prowadzącego, nazwa i adres przychodni, telefon kontaktowy:

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

Nazwisko i imię pracownika socjalnego, telefon kontaktowy:

.....

Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy osoby do powiadomienia w nagłym wypadku:

.....  
.....





**Diagnoza potrzeb osoby niesamodzielnej**

*(potrzeby i oczekiwania, możliwości i zasoby, bariery i ograniczenia)*

.....

.....

.....

.....

.....

**Cel główny i cele szczegółowe przyznanego wsparcia:**

.....

.....

**Zadania wspierająco - aktywizujące:**

*(podtrzymanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby uprawnionej oraz zapobieganie negatywnym skutkom jej niesamodzielności)*

.....

.....

.....

.....

.....

Sporządził/a:

Sprawdził/a:

Płock, dn. ....

Podpis osoby objętej wsparciem: .....

Podpis osoby świadczącej usługi opiekuńcze: .....

Podpis organizatora usług opiekuńczych: .....



Załącznik nr 5 do OPZ

### Dziennik czynności opiekuńczych

Miesiąc: ..... 20...r.

Nazwisko i imię osoby świadczącej usługę: .....

Nazwisko i imię osoby objętej pomocą: .....

Miejsce świadczenia usługi: .....

Data	Godziny od - do	Rodzaj wykonanej czynności	Uwagi	Podpis osoby świadczącej usługę	Podpis osoby objętej pomocą lub osoby upoważnionej

Załącznik nr 6 do OPZ

**MISIĘCZNA EWIDENCJA GODZIN PRACY ZA MIESIĄC: .....**

Imię i nazwisko pracownika: .....

Stanowisko: .....

Dzień miesiąca	Opis wykonywanych zadań	Liczba godzin	Czas trwania (godziny od - do)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

**Oświadczenie:**

Oświadczam, iż w czasie, kiedy wykonywałem/łam usługi wyżej wykazane nie byłem/byłam jednocześnie zatrudniony/zatrudniona w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską oraz nie otrzymałem/nie otrzymywałam za ten czas wynagrodzenia z innych źródeł, a wykonywane zlecenie nie spowodowało konfliktu interesów.

Data: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_