**Załącznik nr 9 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiot zamówienia:

1) Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług asystenckich dla osób niesamodzielnych z terenu powiatu łowickiego - Uczestników Projektu „Łowickie Centrum Usług Środowiskowych” (zwanych dalej UP) zrekrutowanych przez Zamawiającego. Zaangażowanych zostanie 5 osób świadczących usługi asystenckie na podstawie umowy zlecenia, dla 15 osób niesamodzielnych.

2) Usługa asystencka realizowana będzie począwszy od dnia podpisania umowy, do końca czerwca 2023r. Dotyczyć będzie wspierania osoby niesamodzielnej w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego niezbędnych do aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie i w szczególności obejmować będzie:

- pomoc w nabyciu umiejętności samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego oraz planowania i realizowania budżetu domowego;

- wspieranie rozwoju kontaktów UP z innymi ludźmi,

- wspieranie UP w radzeniu sobie z trudnościami życia codziennego,

- wspieranie i motywowanie UP do podejmowania aktywności w domu i poza miejscem zamieszkania, kształtowanie umiejętności społecznego funkcjonowania,

- pomoc UP w załatwianiu spraw urzędowych,

- pomoc w realizowaniu konsultacji i wizyt UP u lekarza i na badaniach diagnostycznych;

- wspieranie UP w realizacji zadań z zakresu terapii społecznej, zawodowej oraz rehabilitacji etc.,

- pomoc w wyjściu, powrocie oraz dojazdach w wybrane przez UP miejsce (np. dom, praca, szkoła, kościół, lekarz, urzędy, znajomi, rodzina, itp.),

- pomocy w zakupach,

- czytaniu prasy, książek lub korespondencji, osobom niezdolnym do samodzielnego wykonywania tej czynności,

- pisaniu listów i innych dokumentów osobom niezdolnym do samodzielnego ich przygotowania ze względu na rodzaj niepełnosprawności,

3) Liczba godzin usług asystenta przypadającego na jednego uczestnika w miesiącu wynosi - 25 godzin.

4) Osoba zaangażowana jako asystent obejmować będzie wsparciem 3 osoby niesamodzielne. Świadczenie usług asystenckich podlega indywidualnemu udokumentowaniu w formie papierowej lub elektronicznej. Obejmuje w szczególności prowadzenie na bieżąco dziennika czynności usług asystenckich zawierającego ewidencję wykonanych czynności tj. datę i rodzaj wykonanych czynności, ewentualne spostrzeżenia i uwagi oraz podpis osoby dokonującej wpisu i UP lub jego opiekuna prawnego. Wzory dokumentów zostaną przekazane asystentom przez Zamawiającego.

5) Usługa asystencka realizowana będzie w dni robocze od poniedziałku do piątku.

6)Wsparcie asystenta realizowane będzie w domu podopiecznego lub poza miejscem zamieszkania. Asystent dojeżdża do miejsca zamieszkania UP własnym transportem. Asystent otrzyma zwrot kosztów przejazdu samochodem prywatnym w celach służbowych –limit 470 km, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz.U. Nr 27, poz. 271). Są to koszty związane z wyjazdem prywatnym samochodem asystenta w celu załatwienia spraw osobistych UP (np. spraw urzędowych, wizyt u lekarza, zrobienia zakupów itp.). Koszty te będą wypłacane asystentowi na podstawie umowy pomiędzy asystentem a PCPR po przedstawieniu ewidencji kilometrowej pojazdu-limit 470 km.

6) Asystentem Osobistym Osoby Niepełnosprawnej może być osoba, która posiada

a) wykształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach

b) uzyska pozytywną opinię psychologa na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych:

- podstawowych: empatia, zrównoważenie emocjonalne, solidność, zaradność, cierpliwość, dyskrecja, odporność na stres, kultura osobista, motywacja do pracy

- pożądanych: umiejętność słuchania, umiejętność nawiązywania kontaktu z innymi, umiejętność zachowań asertywnych.

Po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa, AOON mogą zostać kandydaci:

- posiadający minimum roczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego lub

- bez adekwatnego doświadczenia, którzy odbyli minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie. Szkolenie składa się z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego.

Aplikację mogą składać również osoby nie spełniające ww. warunku. W przypadku wyboru ich oferty będą zobowiązani do odbycia 60 h bezpłatnego szkolenia przeprowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu.

7)Wykonawca zobowiązany jest posiadać własny środek transportu umożliwiający mu dojazd do podopiecznych na terenie powiatu łowickiego.

**Załącznik nr 10 do SWZ**

**Karta realizacji usług asystenckich**

**Imię i nazwisko, adres Uczestnika/czki Projektu**

**……………………………………………………………………………………………..**

**Imię i nazwisko Asystenta**

**……………………………………..……………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data usługi | Czas pracy | | | Rodzaj i zakres realizowanej usługi | Podpis Uczestnika/czki Projektu |
| od godz. | do godz. | Ilość  godzin |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………… ……………………………

Miejscowość, data Podpis Asystenta

Akceptuję

**…………………………..**

Podpis koordynatora projektu