

Nowy Korczyn, dnia 07.08.2019r.

ZAPROSZENIE

**do złożenia oferty cenowej w prowadzonym rozpoznaniu cenowym na przeprowadzenie
Poradnictwa Zawodowego i Poradnictwa Psychologicznego
dla klientów MGOPS NOWY KORCZYN**

**w ramach realizacji Projektu
pn. „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA LEPSZE JUTRO”**

w ramach Działania: RPSW.09.01.00 „Aktywna integracja zwiększająca szanse na zatrudnienie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

**Projekt realizowany na podstawie umowy o dofinansowanie zawartej z Województwem Świętokrzyskim
reprezentowanym przez Zarząd Województwa pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym
Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020**

ZAMAWIAJĄCY – Partner Projektu:

**Gmina Nowy Korczyn / Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie
ul. Buska 7, 28-136 Nowy Korczyn
tel. 41-377-10-65, e-mail: korczyn@ops.busko.pl**

Lider Projektu:

**Gmina Pacanów / Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pacanowie
ul. Rynek 15, 28-133 Pacanów
tel. 41-376-54-59, e-mail: pacanow@ops.busko.pl**

Mając na względzie postanowienia art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych i obowiązki wynikające z art. 35 ust. 3 ustawy o finansach publicznych zapraszam do złożenia oferty cenowej na załączonym druku „Oferta Cenowa”.

1. Zakres rzeczowy świadczenia usługi został określony w Załączniku nr 1 do Zaproszenia, który stanowi integralną część Zaproszenia.
2. Oferta cenowa musi uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia w tym należny podatek VAT.
3. Zamawiający dokona wyboru Wykonawcy, którego zakres rzeczowy złożonej oferty jest zgodny z wymaganiami Zamawiającego i zaoferuje najniższą cenę.
4. Jeżeli w zaoferowanej cenie na podstawie złożonego Oświadczenia Zleceniobiorcy powstanie po stronie Zamawiającego obowiązek odprowadzenia należnych składek na rzecz ZUS, to Zamawiający do złożonej oferty w celu porównania ofert doliczy należne składki obciążające Zamawiającego. Jeżeli w trakcie realizacji umowy ulegnie zmianie statusu zleceniobiorcy, która spowoduje zwiększenie składek ZUS odprowadzanych przez Zamawiającego, Umowa z wykonawcą zostanie rozwiązana w trymie natychmiastowym. Ponadto nakłada się na Wykonawcę obowiązek zgłaszania wszystkich zmian które wystąpią w Oświadczeniu Zleceniobiorcy



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

w terminie dwóch dni od powstania zmiany nie zgłoszenie zmiany obciąża Wykonawcę powstałymi konsekwencjami finansowymi.

- Ofertę cenową należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia **09.08.2019r. godzina 13.00** w siedzibie Zamawiającego tj. **Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie, ul. Buska 7, 28-136 Nowy Korczyn (sekretariat – pokój nr 4)**. Oferty, które wpłyną po tym terminie nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone bez otwierania.
- Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, zapieczętowanej w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert. Na kopercie należy zamieścić następujące informacje:

**OFERTA CENOWA NA:
Poradnictwo Zawodowe i Poradnictwo Psychologiczne.
NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 09.08.2019r. godz. 13.00.**

- Otwarcie nastąpi w dniu **09.08.2019r. o godz. 13.15** w siedzibie **Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie, ul. Buska 7, 28-136 Nowy Korczyn**.

.....
Pieczęć i podpis Zamawiającego



Załącznik nr 1 – Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia.

Przedmiotem zamówienia obejmuje:

Przeprowadzenie indywidualnych i grupowych spotkań w zakresie **Poradnictwa Zawodowego i Poradnictwa Psychologicznego dla 20 osób** – Uczestników Projektu, w następującym podziale:

Zadanie nr 1:

Poradnictwo zawodowe indywidualne dla **20 UP: 80 godzin (średnio 4 godziny na 1 Uczestnika Projektu)**, spotkania będą odbywać się w trybie elastycznym, zmiennym zgodnie z harmonogramem ustalonym na bieżąco w trakcie realizacji Projektu, w godzinach od 8:00-18:00 w **MGOPS w Nowym Korczynie**, duża ilość godzin powoduje konieczność dużej dyspozycyjności Wykonawcy ponieważ należy dostosować swój czas pracy do możliwości Uczestników Projektu i ich potrzeb i możliwości.

Poradnictwo zawodowe grupowe dla **20 UP: 2 grupy (średnio po 10 osób w grupie) x 12 godz. = 24 godziny** grupowych warsztatów poradnictwa zawodowego.

Razem – Zadanie nr 1: 104 godziny.

Cel ZADANIA nr 1: pomoc Uczestnikom Projektu w wyborze kursu zawodowego, określenie predyspozycji zawodowych Uczestników Projektu.

Zakres pracy (ZADANIE nr 1) obejmuje m.in:

- opracowanie i weryfikacja Indywidualnych Planów Działania (IPD) dla Uczestników Projektu;
- zdiagnozowania potencjału i predyspozycji zawodowych Uczestników Projektu z uwzględnieniem bieżących potrzeb rynku pracy;
- wybór kursu zawodowego i określenie profilu pracodawcy, u którego dany Uczestnik Projektu poszukiwać będzie zatrudnienia.

Zadanie nr 2:

Poradnictwo psychologiczne indywidualne dla **20 UP: 80 godzin (średnio 4 godziny na 1 Uczestnika Projektu)**, spotkania będą odbywać się w trybie elastycznym, zmiennym zgodnie z harmonogramem ustalonym na bieżąco w trakcie realizacji Projektu, w godzinach od 8:00-18:00 w **MGOPS w Nowym Korczynie**, duża ilość godzin powoduje konieczność dużej dyspozycyjności Wykonawcy ponieważ należy dostosować swój czas pracy do możliwości Uczestników Projektu i ich potrzeb i możliwości.

Poradnictwo psychologiczne grupowe dla **20 UP: 2 grupy (średnio po 10 osób w grupie) x 24 godz. = 48 godzin** grupowych warsztatów poradnictwa psychologicznego.

Razem – Zadanie nr 2: 128 godzin.

Cel ZADANIA nr 2: pomoc Uczestnikom Projektu w przezwyciężeniu bierności zawodowej, pomoc w zdobyciu umiejętności autoprezentacji i pracy w zespole, pomoc w zdobyciu umiejętności poruszania się po rynku pracy, pomoc w zdobyciu umiejętności sporządzania dokumentów aplikacyjnych.



Zakres pracy (ZADANIE nr 2) obejmuje m.in:

- a) rozeznanie ścieżki życia zawodowego Uczestników Projektu,
- b) ułatwienie oceny własnych możliwości, predyspozycji Uczestników Projektu oraz lepszego zrozumienia funkcjonowania w środowisku zawodowym,
- c) pomoc w określeniu / wytyczeniu celów zawodowych Uczestników Projektu,
- d) motywowanie Uczestników Projektu do podjęcia zatrudnienia,
- e) podniesienie samooceny Uczestników Projektu,
- f) pomoc w zdobyciu przez Uczestników Projektu umiejętności autoprezentacji i pracy w zespole,
- g) pomoc w zdobyciu przez Uczestników Projektu umiejętności poruszania się po rynku pracy,
- h) pomoc w zdobyciu przez Uczestników Projektu umiejętności sporządzania dokumentów aplikacyjnych.

- Forma umowy: umowa cywilno-prawna.
- Przez godzinę indywidualnego poradnictwa zawodowego należy rozumieć godzinę zegarową (60 minut).
- Przez godzinę grupowego poradnictwa zawodowego oraz godzinę indywidualnego i grupowego poradnictwa psychologicznego należy rozumieć godzinę lekcyjną (45 minut).
- Okres świadczenia usług: od dnia podpisania umowy do **30.06.2020r.**, w tym:
 - a) **Zadanie nr 1: w dwóch turach (liczba godzin w zależności od naboru Uczestników Projektu), I tura: od 12.08.2019r. do 30.09.2019r.; II tura: I-II kwartał 2020r.**
 - b) **Zadanie nr 2: w dwóch turach (liczba godzin w zależności od naboru Uczestników Projektu), I tura: od 12.08.2019r. do 30.09.2019r.; II tura: I-II kwartał 2020r.**
- Wykonawca nie może pobierać opłat od Uczestników Projektu za świadczone w ramach umowy usługi.
- Wymagana jest dyspozycyjność i mobilność Wykonawcy ponieważ zajęcia muszą odbywać się w terminach dostosowanych do potrzeb i możliwości Uczestników Projektu.
- O realizację zamówienia mogą ubiegać się osoby fizyczne, osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą oraz firmy posiadające osobowość prawną, które dysponują minimum jedną osobą do realizacji przedmiotu zamówienia.

Wymagania do osób / wykonawców prowadzących zajęcia:

Zadanie nr 1:

- Osoba realizująca przedmiot zamówienia musi spełniać poniższe wymagania łącznie:
- wykształcenie wyższe,
- ukończone studia wyższe lub studia podyplomowe z zakresu doradztwa zawodowego,
- udokumentowane doświadczenie w przeprowadzaniu minimum 50 godzin poradnictwa / doradztwa zawodowego (indywidualnego lub grupowego) nabyte w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert,
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- nie była karana za przestępstwo popełnione umyślnie.



Zadanie nr 2:

- Osoba realizująca przedmiot zamówienia musi spełniać poniższe wymagania łącznie:
 - wykształcenie wyższe z zakresu psychologii,
 - doświadczenie w przeprowadzaniu minimum 50 godzin poradnictwa psychologicznego (indywidualnego lub grupowego) nabyte w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert,
 - posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - nie była karana za przestępstwo popełnione umyślnie.
- Wykonawca składający Ofertę Cenową **najpóźniej w dniu podpisania umowy** powinien przedstawić Zamawiającemu stosowne dokumenty potwierdzające w/w kwalifikacje i doświadczenie osób wskazanych w Ofercie Cenowej do realizacji danego Zadania.
- **Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.** Wykonawca ma prawo złożyć ofertę na dowolną ilość zadań jednak musi podać do każdego Zadania, na które składa Ofertę Cenową osobę, która posiada odpowiednie dla danego Zadania kwalifikacje i doświadczenie zgodnie z wymogami opisanymi w Zaproszeniu.
- **Zamawiający zastrzega sobie możliwość odstąpienia od realizacji zadania w wyniku nie przyznania dofinansowania z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Projekt pn. „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA LEPSZE JUTRO”.**
- **Wykonawca zobowiązany będzie poddać się kontroli Zamawiającego tj. Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie oraz Instytucji Zarządzającej RPO WŚ na lata 2014-2020.**
- W przypadku złożenia oferty przez firmę, do Oferty Cenowej należy załączyć **aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji informacji o działalności gospodarczej**, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia do umocowania osoby składającej oświadczenie woli.
- W przypadku osób fizycznych do Oferty Cenowej należy załączyć Oświadczenie Zleceniobiorcy stanowiące Załącznik nr 10 które posłuży do porównania ofert. **W przypadku oferty złożonej przez firmę Załącznik nr 10 nie ma zastosowania.**
- **KRYTERIUM OCENY OFERT: 100% CENA.**

.....
Pieczęć i podpis Zamawiającego





Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy.

....., dnia 2019 r.

.....
pieczęć firmowa /
nazwa i dane adresowe Wykonawcy

OFERTA CENOWA WYKONAWCY

Ja, niżej podpisana/y
(Nazwa Wykonawcy):

Imię i Nazwisko osoby (osób) upoważnionych do podpisania umowy:

Adres:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer NIP:

E-mail:

w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe dotyczące realizacji zadania:
Przeprowadzenie Poradnictwa Zawodowego i Poradnictwa Psychologicznego dla klientów MGOPS Nowy Korczyn w ramach realizacji Projektu pn. „AKTYWIZACJA SZANSĄ NA LEPSZE JUTRO” w ramach Działania: RPSW.09.01.00 Aktywna integracja zwiększająca szanse na zatrudnienie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

Oferuję realizację przedmiotu zamówienia:

ZADANIE NR 1	
WARTOŚĆ ZA 1 GODZINĘ PORADNICTWA ZAWODOWEGO (INDYWIDUALNEGO I GRUPOWEGO) (BRUTTO):	
OGÓŁEM CENA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ ZADANIA 104 GODZINY:	
SŁOWNIE:	



ZADANIE NR 2	
WARTOŚĆ ZA 1 GODZINĘ PORADNICTWA PSYCHOLOGICZNEGO (INDYWIDUALNEGO I GRUPOWEGO) (BRUTTO):	
OGÓLEM CENA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ ZADANIA 128 GODZIN:	
SŁOWNIE:	

1. Oświadczam, że cena brutto obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia,
2. Oświadczam, że posiadam stosowne uprawnienia do podpisania umowy i realizacji przedmiotu zamówienia,
3. Oświadczam, że uzyskałem od Zamawiającego informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty zgodnie z wymogami określonymi w Załączniku nr 1 do Zaprośzenia,
4. Oświadczam, że zapoznałem się z Załącznikiem nr 1 do Zaprośzenia i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uznaję się za związanego z postanowieniami oferty cenowej przez okres 30 dni od daty złożenia oferty,
5. Oświadczam, że zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do wykonania przedmiotu zamówienia na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego.

.....
Podpis Wykonawcy





Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 3 – Oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu oraz braku powiązań.

....., dnia 2019 r.

.....
pieczęć firmowa /
nazwa i dane adresowe Wykonawcy

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Ja, niżej podpisana/y.....

działając w imieniu i na rzecz (dane Wykonawcy):

Imię i Nazwisko (Nazwa Wykonawcy):

Adres Wykonawcy:

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu;
2. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
3. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia;
4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie niniejszego zamówienia.
5. nie jestem powiązana/y z w/w Zamawiającym osobowo lub kapitałowo w rozumieniu zapisów *Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 z dnia 19.07.2017r.* (z poz. zm.)

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:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli z n/w osobami:
 - a. **Kierownik MGOPS – Sławomir Wawrzeniec.**
 - b. **Aspirant Pracy Socjalnej – Joanna Marek.**

.....
Podpis Wykonawcy



Załącznik nr 4 – Oświadczenie dotyczące limitu godzin, niekaralności i pełnej zdolności do czynności prawnych.

....., dnia 2019 r.

.....
pieczęć firmowa /
nazwa i dane adresowe Wykonawcy

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Ja, niżej podpisana/y.....

działając w imieniu i na rzecz (dane Wykonawcy):

Imię i Nazwisko (Nazwa Wykonawcy):

Adres Wykonawcy:

OŚWIADCZAM, ŻE

- 1) Moje łączne zaangażowanie zawodowe, w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów, nie będzie przekraczała 276 godzin miesięcznie w okresie realizacji przedmiotu umowy, co gwarantować będzie prawidłową i efektywną realizację zadań powierzonych w ramach Projektu pn. „**AKTYWIZACJA SZANSĄ NA LEPSZE JUTRO**”.
- 2) Korzystam z pełnej zdolności do czynności prawnych i z pełni praw publicznych oraz nie jestem prawomocnie skazana za przestępstwa przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwa skarbowe.

.....
Podpis Wykonawcy



Załącznik nr 5 – Klauzula informacyjna.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119 z dnia 4 maja 2016r.), dalej jako ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informuję, iż:

Administrator:

Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest **Gmina Nowy Korczyn / Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie**, w imieniu którego działa **KIEROWNIK MGOPS – Sławomir Wawrzeniec**, z administratorem można się skontaktować pod:

- adresem korespondencyjnym: **ul. Buska 7, 28-136 Nowy Korczyn**
- adresem e-mail: **korczyn@ops.busko.pl**
- numerem telefonu.: **tel. 41-377-10-65.**

Inspektor Ochrony Danych:

Administrator powołał inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: **korczyn@ops.busko.pl** lub pod w/w adresem korespondencyjnym.

Cel przetwarzania danych:

Dane osobowe przetwarzane będą w zakresie wskazanym w przepisach prawa tj. na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 2008r. o pracownikach samorządowych oraz ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, w szczególności w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego, natomiast inne dane, w tym dane do kontaktu, na podstawie zgody.

Odbiorcy danych:

Dane osobowe administrator może przekazać tylko upoważnionym podmiotom na podstawie i w granicach przepisów prawa. Prawa osób, których dane dotyczą:

- prawo dostępu do swoich danych;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych, gdy legalizują się przesłanki z art. 20 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
- prawo do usunięcia danych i ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach określonych odpowiednio w art. 17 i art. 18 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
- prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Prawo do wniesienia skargi:

W przypadku kiedy przetwarzanie danych osobowych narusza ogólne rozporządzenie o ochronie danych - osobie, której dane są przetwarzane służy prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wynikającym z art. 221 §1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy jest niezbędne, aby uczestniczyć w postępowaniu rekrutacyjnym. Podanie przez Państwa innych danych jest dobrowolne.

Retencja danych, czyli przez ile przechowujemy Twoje dane:

Państwa dane zgromadzone w obecnym procesie rekrutacyjnym będą przechowywane do zakończenia procesu rekrutacji.

Przekazywanie danych i ich profilowanie:

Dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej nie będą również poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.





Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 6 – DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY – ZADANIE NR 1:

Imię i Nazwisko osoby / osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji przedmiotu zamówienia:

- 1)
- 2)
- 3)

Lp.	Podmiot, dla którego zrealizowano usługę (nazwa i adres)	Okres realizacji od ... do...	Liczba godzin udzielonego wsparcia	Dane kontaktowe do osoby mogącej potwierdzić należyte wykonanie usługi: imię, nazwisko, instytucja/ telefon, email
1.				
2.				
3.				

.....
Miejscowość, data

.....
podpis Wykonawcy



Lider Projektu: Gmina Pacanów /
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pacanowie
Rynek 15, 28-133 Pacanów, tel./fax 41 376 54 59
e-mail: pacanow@ops.busko.pl

Projekt pn.
„Aktywizacja szansą na lepsze jutro”

Partner Projektu: Gmina Nowy Korczyn /
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie
ul. Buska 7, 28-136 Nowy Korczyn, tel./fax 41 377 10 65
e-mail: korczyn@ops.busko.pl



Załącznik nr 6 – DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY – ZADANIE NR 2:

Imię i Nazwisko osoby / osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji przedmiotu zamówienia:

- 1)
- 2)
- 3)

Lp.	Podmiot, dla którego zrealizowano usługę (nazwa i adres)	Okres realizacji od ... do...	Liczba godzin udzielonego wsparcia	Dane kontaktowe do osoby mogącej potwierdzić należyte wykonanie usługi: imię, nazwisko, instytucja/ telefon, email
1.				
2.				
3.				

.....
Miejscowość, data

.....
podpis Wykonawcy



Załącznik nr 7 – wzór CV.

ŻYCIORYS ZAWODOWY

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres

Telefon

e-mail

Wykształcenie:

Okres nauki (od-do)	Nazwa uczelni i miejscowość oraz nazwa kierunku	Uzyskane stopnie naukowe, tytuły zawodowe lub dyplomy

(Wypisać każdy typ kształcenia ponadpodstawowego, począwszy od ostatniego)

Szkolenia:

(Wypisać począwszy od ostatniego)

Doświadczenie zawodowe:

Okres pracy (od-do)	Nazwa pracodawcy i miejscowość	Stanowisko	Krótki opis obowiązków

(Wypisać począwszy od ostatniego)

Doświadczenie dydaktyczne:

Okres pracy (od-do)	Nazwa uczelni/szkoły/instytucji szkolącej i miejscowość	Stanowisko	Krótki opis obowiązków

(Wypisać począwszy od ostatniego)

Uprawnienia zawodowe:

(Wymienić uprawnienia zawodowe)

Umiejętności:

(Wymienić umiejętności, które mogą być ważne dla **MGOPS Nowy Korczyn** (społeczne np. komunikatywność i umiejętność pracy w zespole, organizacyjne np. zarządzanie ludźmi i koordynowanie ich pracy, umiejętności techniczne np. umiejętność pracy z komputerem lub innym sprzętem specjalistycznym, twórcze np. publikacje własne)

Informacje dodatkowe:

(podać informacje, które mogą być istotne dla **MGOPS Nowy Korczyn**, np. dot. dyspozycyjności)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883).

Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 297 § 1 kk za złożenie fałszywego oświadczenia.

Informacje podane w Życiorysie Zawodowym są zgodne z prawdą.

.....
Podpis



Załącznik nr 8 – OŚWIADCZENIE O POSIADANIU WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam wiedzę i umiejętności w zakresie aktywizujących metod wsparcia indywidualnego, a także posiadam znajomość ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2014, nr 99, poz. 1001 z późniejszymi zmianami), Kodeksu Pracy oraz wiedzę z zakresu poradnictwa zawodowego / poradnictwa psychologicznego*** z uwzględnieniem znajomości potrzeb grupy docelowej Projektu.

Oświadczam, że posiadam wiedzę na temat zapotrzebowania na zawody, kształcenie, kwalifikacje na regionalnym rynku pracy tj. na terenie województwa świętokrzyskiego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Wykonawcy

*** niepotrzebne skreślić



Lider Projektu: Gmina Pacanów /
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pacanowie
Rynek 15, 28-133 Pacanów, tel./fax 41 376 54 59
e-mail: pacanow@ops.busko.pl

Projekt pn.
„Aktywizacja szansą na lepsze jutro”

Partner Projektu: Gmina Nowy Korczyn /
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie
ul. Buska 7, 28-136 Nowy Korczyn, tel./fax 41 377 10 65
e-mail: korczyn@ops.busko.pl



Załącznik nr 9 – Wykaz osób.**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia*:**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie / posiadane kwalifikacje / doświadczenie
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
Zadanie nr 2		
Zadanie nr 2		

* jeśli Wykonawca oprócz zaangażowania kadry, jednocześnie będzie osobiście wykonywał usługę, również powinien uwzględnić swoje dane w Wykazie.

Oświadczam, że osoby w/w posiadają wiedzę, doświadczenie i kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia.

Oświadczam, że posiadam zgodę w/w osób na dysponowanie zaangażowaniem ich w okresie realizacji przedmiotu zamówienia.

.....
Miejscowość, data.....
Podpis Wykonawcy



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 10 – Oświadczenie Zleceniobiorcy – dotyczy jedynie osób fizycznych.

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE do umowy nr.....
DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z TYTUŁU
WYKONYWANIA UMOWY ZLECENIA

Obowiązującej na okres od dnia do dnia

nazwisko imiona

miejsce urodzenia data urodzenia

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DANE DO PIT

miejsce zamieszkania ul.....nr domu nr lok.....

gmina kod pocztowy

powiat województwo

urząd skarbowy, do którego należy zleceniobiorca / wykonawca dzieła.....

nr konta osobistego i nazwa banku

DANE DO ZUS

1. Ja niżej podpisany(a), **oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniem społecznym z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę TAK/NIE***

(Dokładna nazwa i adres zakładu pracy)

I mój przychód z tego tytułu **jest równy lub wyższy** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę - TAK/NIE

2. **Wykonuję umowę zlecenia u innego zleceniodawcy TAK/NIE**

W PRZYPADKU UDZIELENIA ODPOWIEDZI **TAK** oświadczam, że umowa została zawarta na okres od dnia.....
do dnia..... Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję /uzyskałam /przychód miesięczny będący podstawą
wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (wybrać właściwe):

w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto;

w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto w kwocie

3. Prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne TAK/NIE*

Jeśli odpowiedź brzmi TAK proszę określić wysokość podstawy od której opłacane są składki:

min. 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia;

30% kwoty minimalnego wynagrodzenia (tzw. „preferencyjne składki ZUS”)

4. Przebywam:

- na urlopie bezpłatnym TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres).....

- na urlopie wychowawczym TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres).....

- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres).....



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

5. Jestem uczniem/studentem i nie ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę dostarczyć zaświadczenie z uczelni).
6. Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE*
7. Jestem emerytem TAK/NIE*
8. Jestem rencistą TAK/NIE*
9. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE*
Jeśli odpowiedź brzmi TAK , określć orzeczony stopień niepełnosprawności.....

Dodatkowe informacje nie zawarte w ww. informacjach:

Przyjmuję do wiadomości, że:

- a) administratorem moich danych osobowych jest **Gmina Nowy Korczyn / MGOPS w Nowym Korczynie**.
- b) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem: **korczyn@ops.busko.pl**
- c) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu prawidłowego zgłoszenia do ubezpieczeń w ZUS i naliczenia składek podatku dochodowego od osób fizycznych (Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 grudnia 1998r., Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z 26 lipca 1991r., Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z 25 czerwca 1999r.) oraz realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. ,
- d) moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
- e) moje dane osobowe przechowywane będą przez okres 15 lat po ustaniu umowy,
- f) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- g) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących naruszyłyby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.,
- h) podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże odmowa podania danych skutkuje odmową zawarcia umowy, Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych osób, z którymi zapoznałem się przy wykonywaniu umowy.

Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania MGOPS Nowy Korczyn o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

Miejscowość....., dnia

.....
czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

POUCZENIE

Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że w przypadku podania nieprawdziwych danych lub nie poinformowania o zmianie swojej sytuacji mającej wpływ na obowiązki Zleceniodawcy w zakresie ubezpieczeń społecznych, będzie zobowiązany do pokrycia poniesionej przez Zleceniodawcę z tego tytułu szkody.

Miejscowość....., dnia

.....
czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

Powyższe Oświadczenie zostało sprawdzone pod względem kompletności uzupełnionych informacji o danych identyfikacyjnych oraz zatrudnieniu zleceniobiorcy

.....
czytelny podpis pracownika **MGOPS Nowy Korczyn**
przyjmującego oświadczenie





Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Dodatkowe oświadczenie – dobrowolne:

Oświadczenie

W związku z zawartą z **MGOPS Nowy Korczyn** umową zlecenie, która jest jedynym moim źródłem dochodu i podleganiu z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym proszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Miejscowość....., dnia

.....
czytelny podpis wypełniającego oświadczenie



Lider Projektu: Gmina Pacanów /
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pacanowie
Rynek 15, 28-133 Pacanów, tel./fax 41 376 54 59
e-mail: pacanow@ops.busko.pl

Projekt pn.
„Aktywizacja szansą na lepsze jutro”

Partner Projektu: Gmina Nowy Korczyn /
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Korczynie
ul. Buska 7, 28-136 Nowy Korczyn, tel./fax 41 377 10 65
e-mail: korczyn@ops.busko.pl

