

UMOWA nr
o świadczenie usług

zawarta w dniu r. pomiędzy:

Miastem Zielona Góra, ul. Podgórna 22, 65-424 Zielona Góra, NIP 973-100-74-58 – Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, ul. Długa 13, 65-401 Zielona Góra zwanym dalej zamawiającym reprezentowanym przez:

Mieczysława Jerulanka – Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze działającego na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez Prezydenta Miasta

przy kontrasygnacie Głównego Księgowego Aldony Ślesickiej

a

.....,
reprezentowanym przez

zwanym dalej *wykonawcą*,

§ 1

1. Zamawiający zamawia, a wykonawca zobowiązuje się do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1507) oraz rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia z 22.09.2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. 2005 r. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.), na rzecz osób, którym Zamawiający przyznał te usługi decyzją administracyjną.
2. Zamawiający zleca Wykonawcy świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych na rzecz wskazanych przez Zamawiającego osób ujętych w, przekazywanych wykonawcy niezwłocznie po wydaniu decyzji administracyjnej przyznającej świadczenie, indywidualnych zakresach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (załącznik nr 1 do umowy) od 01.10.2020 r. do 31.12.2020 r., a także sporządzenia indywidualnych planów pracy z osobami korzystającymi ze specjalistycznych usług opiekuńczych na 2020 r. w przypadku rozpoczęcia usług u nowych osób (załącznik nr 2 do umowy).
3. Ilość osób oraz godzin świadczonych usług określana będzie w indywidualnych zakresach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (załącznik nr 1 do umowy).
4. Szacunkowo przyjmuje się, że do wykonania w okresie od 01.10.2020 r. do 31.12.2020 r. będzie 904,5 godziny specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
5. Zakłada się, że liczba godzin świadczonych usług może się zwiększyć o 25% w stosunku do liczby wskazanej w § 1 pkt 4 umowy. Zmiana ilości godzin świadczonych usług nie wpływa na wysokość stawki godzinowej.
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmniejszenia przewidywanego wymiaru godzin świadczonych usług, w szczególności w zależności od liczby osób ubiegających się

o przyznanie wskazanej formy pomocy lub niepełnego zabezpieczenia środków na realizację usług przez Wojewodę Lubuskiego. W takim przypadku zamawiający zapłaci za faktycznie zrealizowaną liczbę godzin.

7. Wykonawcy nie przysługuje roszczenie do zlecenia pełnej liczby godzin określonej w § 1 pkt. 4.
8. Zleceniem przystąpienia wykonawcy do wykonywania usług na rzecz wskazanej przez zamawiającego osoby jest indywidualny zakres specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (załącznik nr 1 do umowy) przekazywany przez zamawiającego.
9. Indywidualny zakres specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi określa: dane osoby, której przyznano usługi, ich zakres, wymiar i miejsce świadczenia usług.
10. W przypadkach szczególnie uzasadnionych, tj. konieczności natychmiastowego zapewnienia opieki, a także zmiany zakresu lub wymiaru usług, dopuszcza się możliwość przekazania wykonawcy kopii indywidualnego zakresu specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi za pośrednictwem poczty elektronicznej w szyfrowanym pliku.
11. Za wykonanie zleconych czynności, opisanych w § 1 pkt. 1 wykonawca otrzyma wynagrodzenie w wysokości słownie:, wg stawek podanych w ofercie Wykonawcy. Wynagrodzenie to obejmuje również sporządzenie indywidualnych planów pracy z osobami korzystającymi ze specjalistycznych usług opiekuńczych.
12. Zapłata nastąpi po przedłożeniu przez wykonawcę:
 - a. rachunku i stwierdzeniu przez zamawiającego terminowego prawidłowego wykonania zleconych czynności, będących przedmiotem niniejszej umowy;
 - b. rozliczenia - zestawienia zbiorczego (załącznik nr 3 do umowy);
 - c. szczegółowego rozliczenia (załącznik nr 4 do umowy);
 - d. kart czasu pracy z podpisami podopiecznego potwierdzającej wykonanie zleconych czynności (załącznik nr 5 do umowy);
 - e. miesięcznych indywidualnych kart osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych (załącznik nr 6 do umowy).
13. Dokumenty, o których mowa w § 1 ust. 12 wykonawca zobowiązuje się przedłożyć w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Zielonej Górze w terminie do 3 dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu wykonania umowy.
14. Wynagrodzenie będzie płatne do 27 dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu wykonania umowy.
15. Zamawiający zastrzega sobie prawo do każdorazowego zwrotu otrzymanej od Wykonawcy nieczytelnej lub niepoprawnie wystawionej faktury. Będzie to skutkowało przesunięciem terminu płatności o okres przedłożenia Zamawiającemu poprawnego dokumentu.

§ 2

Wykonawca zobowiązuje się do należytego wykonywania świadczeń o których mowa w § 1 umowy oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.)

§ 3

Zamawiający zastrzega sobie prawo przeprowadzenia kontroli w zakresie sposobu realizacji usługi.

§ 4

Załączniki od nr 1 do nr 6 stanowią integralną część umowy.

§ 5

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§ 7

Wszelkie spory mogące wyniknąć z tytułu niniejszej umowy rozstrzygane będą przez sądy powszechne rzeczowo właściwe.

§ 8

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

.....
Nazwa i adres Zamawiającego

.....

Nazwa i adres Wykonawcy

**INDYWIDUALNY ZAKRES SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB
Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Imię i nazwisko osoby korzystającej z usług:

Adres zamieszkania:

Okres przyznania usług:

Zakres i wymiar usług:

Lp.	Miesięczny zakres usług	Miesięczny wymiar usług	Miejsce realizacji usług

.....

(podpis Zamawiającego)

**INDYWIDUALNY PLAN PRACY Z OSOBĄ KORZYSTAJĄCĄ
ZE SPECJALISTYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH¹**

Specjalista świadczący usługi

Imię i nazwisko klienta

Adres klienta

Okres świadczenia usług od do

Rodzaj świadczonych usług

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

Diagnoza, w tym ocena funkcjonowania społecznego klienta:

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

¹ Plan sporządzany jednorazowo w terminie 14 dni od rozpoczęcia świadczenia usług

.....
Cele pracy:

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

Planowane rezultaty:

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

Zadania:

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

Terminy realizacji:

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

.....
podpis osoby świadczącej
specjalistyczne usługi opiekuńcze

.....
Nazwa i adres Wykonawcy

Zielona Góra,

ROZLICZENIE - ZESTAWIENIE ZBIORCZE

Dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze za wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi za miesiąc.....

Rodzaj usługi	Liczba podopiecznych objętych pomocą	Łączna liczba godzin wykonanych usług	Stawka za godzinę usługi brutto w zł	Wartość usług brutto w zł
Usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi				

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ób
uprawnionej/yh do reprezentowania Wykonawcy)

.....
Nazwa i adres Wykonawcy

Zielona Góra,

SZCZEGÓŁOWE ROZLICZENIE

Dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze za wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi za miesiąc.....

Lp.	Nazwisko i imię	Liczba godzin usług w miesiącu zgodnie z indywidualnym zakresem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba godzin usług wykonanych w miesiącu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Razem:			

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ób
uprawnionej/yh do reprezentowania Wykonawcy)

.....
(imię i nazwisko podopiecznego)

.....
(adres podopiecznego)

Karta czasu pracy

.....
(rodzaj usługi)

.....
(imię i nazwisko osoby świadczącej usługi opiekuńcze)

.....
(miesiąc, rok)

Lp.	Data wykonania usługi	Godziny wykonywania usług		Liczba godzin usług	Podpis podopiecznego potwierdzający wykonanie usługi	Uwagi
		od godz.	do godz.			
OGÓŁEM – liczba godzin wykonanych usług w miesiącu:						

.....
(podpis osoby świadczącej usługi)

**MIESIĘCZNA INDYWIDUALNA KARTA KLIENTA
KORZYSTAJĄCEGO ZE SPECJALISTYCZNYCH
USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Pracownik świadczący usługi

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia klienta

Adres klienta

Okres świadczenia usług od do

Rodzaj świadczonych usług

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

Realizacja zadań terapeutycznych, osiągnięte cele, postępy:

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

Uwagi, opinie, spostrzeżenia

.....

.....

.....

.....

.....
podpis osoby świadczącej
specjalistyczne usługi opiekuńcze