

Burmistrz Miasta Łęczyny

ogłasza konkurs ofert podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie terapii uzależnień w 2018 roku.

I. Rodzaje zadań:

1. Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i współuzależnionych.
 - 1.a. Zorganizowanie obozu terapeutycznego dla pacjentów uzależnionych od alkoholu i osób współuzależnionych będących pacjentami Poradni Leczenia Uzależnień. Górny limit dofinansowania na uczestnika obozu terapeutycznego zgodnie z uchwałą Rady Miasta Łęczyny Nr XLVII/379/2017 z dnia 30.11.2017 r. wynosi:
 - 80 % ogólnych kosztów organizowanego obozu terapeutycznego dla osoby uzależnionej,
 - 70 % ogólnych kosztów organizowanego obozu terapeutycznego dla osoby współuzależnionej (również dziecko).
2. Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od narkotyków, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i członków ich rodzin.

II. Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadań.

Zadanie	Rok 2017	Rok 2018
ust. I pkt. 1	8.000,- zł	8.000,- zł
ust. I pkt. 1a	4.000,- zł	4.000,- zł
ust. I pkt. 2	6.000,- zł	6.000,- zł

III. Warunki przyznania środków.

1. W konkursie mogą brać udział podmioty lecznicze, które:
 - a. prowadzą działalność statutową w zakresie terapii uzależnień lub działalność konsultacyjno-interwencyjną dla osób uzależnionych, ich rodzin oraz osób doświadczających przemocy w rodzinie;
 - b. posiadający przynajmniej jedną z niżej wymienionych komórek organizacyjnych we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w przedmiocie:
 - Poradnia Leczenia Uzależnień (1740),
 - Poradnia Leczenia od Alkoholizmu i Współuzależnienia (1744),
 - Prowadzenia terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży (1745),
 - Prowadzenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (1746),
 - Prowadzenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci (1747),zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r. poz. 594).
2. Warunkiem realizacji zadania jest dysponowanie przez oferenta odpowiednią bazą lokalową oraz kadrą posiadającą wymagane kwalifikacje.
3. Składane dokumenty muszą być opatrzone datą, pieczęcią oraz podpisem osoby statutowo upoważnionej do reprezentowania oferenta, z kolei dokumenty składane jako ich kopie muszą być opatrzone podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta z dopiskiem „za zgodność z oryginałem”.
4. Braki formalne w złożonej ofercie wykluczają ją z dalszej procedury konkursowej.

IV. Termin składania ofert.

1. Kompletne oferty sporządzone zgodnie z wzorem obowiązującego formularza, w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs” wraz z nazwą zadania należy składać w Sekretariacie Urzędu Miasta Łęczyny w okresie od 01.02.2018 r. do 14.02. 2018 r. w dniach pracy Urzędu Miasta tj:
 - poniedziałek od godz. 7.30 do godz. 17.00,
 - od wtorku do czwartku od godz.7.30 do godz.15.30,
 - w piątek od godz.7.30 do 14.00.
2. Zainteresowani mogą zapoznać się z warunkami oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektem umowy u Głównego Specjalisty ds. Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i EPG Urzędu Miasta Łęczyny pok. 105 do dnia 13.02.2018r. do godz. 15.30.
3. Wzór ofert można pobrać ze strony internetowej UM Łęczyny lub u Głównego Specjalisty ds. Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i EPG Urzędu Miasta, pok. 105 w dniach pracy Urzędu Miasta.

V. Termin i kryteria stosowane przy dokonywaniu wyboru ofert.

1. Wyboru ofert w ciągu 7 dni od dnia zakończenia składania ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta Łęczyny.
2. Przy wyborze ofert będą brane pod uwagę:
 - zgodność przedłożonych dokumentów z wymaganymi załącznikami,
 - zgodność ofert z tematem konkursu,
 - zawartość merytoryczna,
 - koszt programu wraz z ceną jednostkową,
 - możliwości lokalowe oferenta,
 - dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań.
3. Oferent jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowaną skargę.
5. Oferent może złożyć do udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wynikach.
6. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert.

VI. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w dniu 21.02.2018 roku w siedzibie Zamawiającego do godz. 15.30.

VII. Umowa na realizację w/w zadania zostanie zawarta na okres od 01.03.2018 do 31.12.2018 roku.

VIII. Podstawa prawna ogłoszenia konkursu:

Art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2017 r., poz.1875 z późn. zm.), art. 115 ust. 3, 116 i art. 114 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.) w związku z art.4¹ ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 487 z późn. zm.), art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 783 z późn. zm.), Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na 2018 rok.

**Burmistrz Miasta Łęczyny
mgr Krystyna Wróbel**

WZÓR

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....
(data i miejsce złożenia oferty)

OFERTA PODMIOTU UPRAWNIONEGO

I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania

- 1) Pełna nazwa podmiotu
- 2) Forma prawna
3. Data powstania:
4. Dokładny adres: ul.
- 5) Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym* lub w innym rejestrze oraz numer i data wpisu lub rejestracji
- 6) Nr NIP nr REGON.....
- 7) Dokładny adres: miejscowość..... ul.
gmina powiat województwo
- 8) Tel. fax
- e-mail: http://
- 9) Nazwa banku i numer rachunku
-
- 10) Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):
.....
.....
.....
- 11) Nazwa, adres i telefon kontaktowy placówki bezpośrednio wykonującej zadanie, na które podmiot ubiegający się o środki finansowe:
.....
.....
- 12) Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)
-
13. Cele statutowe, przedmiot działalności statutowej:
-

II. Opis zadania

1. Nazwa zadania

2. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania:

3. Szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania:

4. Termin realizacji zadania od do

Miejsce realizacji zadania:.....

5. Posiadane zasoby, które zapewniają realizację zadania:

Kadrowe z opisem kwalifikacji:

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

Rzeczowe (z opisem stanu i podaniem wartości):

.....
.....

6. Sposób rekrutacji uczestników (liczba i charakterystyka ze względu na istotne dla zadania cechy, np.: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny) :

.....
.....

7. Zakładane rezultaty realizacji zadania:

.....
.....

.....
8. Partnerzy w realizacji zadania (ze szczególnym uwzględnieniem organów administracji publicznej):

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

9. Informacja o dotychczasowym doświadczeniu w realizacji zadania, którego dot. oferta , lub zadania podobnego typu:

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

10. Informacje na temat dot. zadań realizowanych również we współpracy z administracją publiczną:

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

11. Dodatkowe informacje, które zdaniem podmiotu uprawnionego mogą mieć wpływ na ocenę oferty:

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

12. Inne informacje, wymagane zgodnie z treścią ogłoszenia o otwartym konkursie ofert:

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

III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

Całkowity koszt (w zł)

w tym:

- wnioskowana wielkość środków finansowych (w zł) -
- wielkość środków własnych (w zł) -
- wielkość środków pozyskanych z innych źródeł -

IV. Inne wybrane informacje dot. zadania*

1. Adresaci działań przy realizacji zadania – należy oznaczyć znakiem X **nie więcej niż 3** najważniejsze grupy adresatów działań :

- | | |
|------------------------------------|--|
| Osoby bezdomne | Osoby w podeszłym wieku |
| Osoby ubogie | Uchodźcy |
| Osoby niepełnosprawne i chore | Osoby i rodziny wymagające interwencji kryzysowej |
| Osoby bezrobotne | Ofiary przemocy w rodzinie |
| Osoby samotnie wychowujące | Organizacje i instytucje prowadzące działalność |

- | | |
|---|--|
| dzieci | w zakresie pomocy społecznej |
| Dzieci i młodzież z rodzin
mających trudności w wypełnianiu
swoich zadań | ... Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków |
| Inne | |

2. Typ działań – należy oznaczyć X **nie więcej niż 3** najważniejsze typy działań przy realizacji zadania:

- | | |
|---|---|
| Pomoc finansowa | Pielęgnacja |
| Pomoc rzeczowa | Praca socjalna |
| Pomoc żywnościowa
w tym wydawanie posiłków | Animowanie działań samopomocowych |
| Usługi opiekuńcze w tym
robienie zakupów, przygotowywanie
posiłków, pomoc w czynnościach gospodarczych
i porządkowych | Opieka pozaszkolna nad dziećmi |
| Pomoc w zakresie poradnictwa
i informacji | Szkolenie dla kadry pomocy społecznej |
| Szkolenie dla osób objętych pomocą lub
ich opiekunów | Zbieranie i przetwarzanie informacji
ważnych dla funkcjonowania pomocy społecznej |
|Terapia/rehabilitacja | Finansowanie działań innych organizacji
i instytucji |
| Opieka stacjonarna | Specjalistyczne usługi opiekuńcze |
| Opieka półstacjonarna (dzienna) | Pomoc w załatwieniu spraw urzędowych,
uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno- rentowych |
| Mieszkania chronione | Inne..... |

3. Liczbowe określenie skali działań przy realizacji zadania (prosimy użyć miar adekwatnych do danego typu zadania, np. liczba osób objętych pomocą, liczba rodzin objętych programem, liczba porad udzielonych tygodniowo):

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

4. Ogólna liczba osób pracujących przy realizacji zadania, w przeliczeniu na pełne etaty, w tym wolontariusze, w przeliczeniu na pełny etat

5. Opis bazy lokalnej (wyłącznie dla placówek opieki stacjonarnej , dziennej oraz noclegowni):

1. Rodzaj obiektu

.....
.....

2.Powierzchnia użytkowa w m

3. Stan prawny nieruchomości/ warunki dzierżawy

4. Liczba miejsc w obiekcie i ich podział ze względu na grupy osób objętych pomocą:

-
-
-
5. Stan techniczny i wyposażenie obiektu istotne z punktu widzenia realizacji zadania:

-
-
6. Ogólny koszt utrzymania obiektu w przeliczeniu na 1 osobę miesięcznie:

V. Kosztorys ze względu na typ kosztów zadania (w zł)

Lp.	Rodzaj kosztów (wydatków) i sposób ich kalkulacji	Koszt (w zł)	W tym wydatki z wnioskowanych środków finansowych (w zł)	W tym ze środków własnych, (w zł)*
Ogółem				

VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania

Źródło	Kwota (w zł)	Udział w środków w %
Wnioskowana kwota środków finansowych		
Posiadane środki własne (na jakich zasadach przyznano)		

Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników projektu – z jakiego tytułu		
Inne źródła finansowania (określić na jakiej podstawie przyznano bądź zapewniono środki): 1. publiczne- wymienić 2. niepubliczne – wymienić		
Ogółem:		100%

VII. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....

.....

.....

.....

VIII. Pozafinansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

.....

.....

.....

IX. Dodatkowe uwagi lub informacje:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....
(podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń
Woli w imieniu podmiotu uprawnionego)

X. Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny wyciąg z rejestru lub ewidencji (ważny 6 miesiące od daty uzyskania)
2. Sprawozdanie finansowe za ostatni rok
3. Statut uprawnionego
4.
5.

XI. Oświadczam / my, że:

- 1) proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności statutowej naszej organizacji podmiotu/*jednostki organizacyjnej/*,
- 2) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,

- 3) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia w 2008 roku.

(pieczęć organizacji pozarządowej/* podmiotu/* jednostki organizacyjnej/*)

.....

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji pozarządowej/* podmiotu/* jednostki organizacyjnej/*)

XII. Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.
2. Sprawozdanie finansowe (bilans, rachunek wyników lub rachunek zysków i strat, informacja dodatkowa) za ostatni rok.
3.
4.

XIII. Poświadczenie złożenia oferty

XIV. Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis pracownika przyjmującego ofertę)

*niepotrzebne skreślić