

***Załącznik nr 2 – Istotne postanowienia umowy***

**Umowa**

Zawarta w dniu ……………….. w Lewinie Brzeskim pomiędzy Gminą Lewin Brzeski (Miejsko-Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Lewinie Brzeskim) ul. Rynek 1, 49-340 Lewin Brzeski reprezentowaną na podstawie udzielonego Pełnomocnictwa przez Burmistrza Lewina Brzeskiego, przez Alicję Cieślik- Kierownik MGOPS zwanym w dalszej części „Zamawiającym”,

a

…………………………… z siedzibą w ………………………………… przy ul. …………………………………………

wpisana(ą) do Rejestru …………………. Krajowego rejestru Sądowego pod numerem KRS nr……………………. w Sądzie Rejonowym ……………………………… Krajowego Rejestru Sądowego,

wpisaną/nym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej. NIP………………………………….

reprezentowana przez Pana/Panią …………………………………………………………………………..

zwanym dalej Wykonawcą zaś wspólnie zwanymi później Stronami.

W wyniku dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Wykonawcy po upublicznieniu ogłoszenia o zamówieniu na podstawie art. 138 „o” ustawy Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1843) pn.: Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w 2020 r. w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2019-2020” zawarta została u mowa następującej treści:

§ 1

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej 2020r. w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2019-2020”, zwanych dalej usługami.
2. Strony ustalają, iż szacowana liczba godzin świadczenia usług, o których mowa w ust. 1 wyniesie maksymalnie …….. godzin zegarowych tj. …… godzin średniomiesięcznie w okresie obowiązywania umowy. Godziny niewykorzystane w danym miesiącu mogą być wykonane w kolejnych miesiącach, z zastrzeżeniem zapisu § 3 ust. 1.
3. Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się wykonać wszelkie niezbędne czynności konieczne dla zrealizowania przedmiotu umowy, zgodnie z warunkami Zamawiającego określonymi w Ogłoszeniu o zamówieniu z dnia 23.01.2020r. oraz zgodnie z Ofertą Wykonawcy z dnia ………… 2020 r. (data wpływu) stanowiącymi integralną część Umowy.
4. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (zakres świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej) określa załącznik nr 1 do niniejszej umowy stanowiący jej integralną cześć.
5. Wykonawca oświadcza, iż będzie świadczyć usługi, o których mowa w ust. 1 z należytą starannością zgodnie z najlepszymi praktykami przyjętymi przy świadczeniu tego typu usług „ społecznych”
6. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany osób świadczących usługi asystenckie, zgłoszenie zmiany wymaga formy pisemnej.

§ 2

1. Za świadczenie usługi, o której mowa w § 1 ust. 1 Strony ustalają następującą cenę brutto za jedną godzinę zegarową usług ………. zł (słownie brutto ………………………………..)
2. Strony ustalają, iż wynagrodzenie Wykonawcy za świadczenie usług określonych w niniejszej umowie nie przekroczy kwoty …………………zł brutto (słownie brutto:…………………………………….. złotych).

Wynagrodzenie brutto wynika z ceny podanej w Ofercie, z której Zamawiający potrącił koszty składek, opłat i podatków, jeżeli na mocy odrębnych przepisów Zamawiający zobowiązany będzie takie składki, opłaty lub podatki potrącić ( w szczególności składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zaliczka na podatek dochodowy (dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej).

1. Wynagrodzenie Wykonawcy, o którym mowa w ust. 2 wynika z iloczynu kwoty, o której mowa w ust. 1 oraz liczby godzin świadczenia usług tj. maks. ………….. godzin.
2. Strony ustalają, iż Zamawiający będzie dokonywał zapłaty za faktyczna liczbę godzin świadczonych usług.
3. Strony ustalają, iż wyjazdy asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wraz z uczestnikiem programu na terenie województwa opolskiego środkami komunikacji publicznej w celu realizacji usług określonych w załączniku nr 1 do umowy będą rozliczane odrębnie, tj. Zamawiający będzie dokonywał zwroty na podstawie określonej w ust. 8 lit. b. Wyjazdy mogą się odbywać wyłącznie na terenie województwa opolskiego środkami komunikacji publicznej.
4. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2 będzie płatne przez Zamawiającego na postawie prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych przelewem bankowym w ciągu 14 dni od dnia wykonania przedmiotu umowy na podstawie prawidłowo wystawionych faktur, na konto bankowe Wykonawcy wskazane na rachunku.
5. Strony ustalają, że dokumenty rozliczeniowe będą wystawione zbiorczo raz w miesiącu, po wykonaniu ostatniej usługi w danym miesiącu.
6. Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu rozliczenia za każdy miesiąc świadczonych usług, do 10 dnia następnego miesiąca, w formie faktury wraz z załącznikami:
7. Karta rozliczenia usług – stanowiąca załącznik nr 2 do umowy,
8. Ewidencja biletów jednorazowych i miesięcznych, zawierająca m. in. Informacje dotyczące: daty pobrania biletów, danych asystenta, liczby pobranych biletów, daty i celu wykorzystania biletów- dotyczy wyłącznie wyjazdów na terenie województwa opolskiego środkami komunikacji publicznej asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wraz z uczestnikiem programu w celu realizacji usług określonych w załączniku nr 1 do umowy.
9. Suma rachunków częściowych nie może przekroczyć kwoty, o której mowa w ust. 2.
10. Za dzień zapłaty Strony przyjmują dzień obciążenia rachunku zamawiającego.
11. Adresem dla doręczenia Zamawiającemu faktury jest Miejsko- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lewinie Brzeskim ul. Rynek 26, 49-340 Lewin Brzeski NIP……………..
12. Cena określona w ust. 1 pozostanie niezmienna przez okres obowiązywania umowy.

§ 3

1. Strony ustalają, iż zlecenie na wykonanie usług rozpoczyna informacja przekazana przez zamawiającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej na wskazany przez wykonawcę nr tel. lub adres mail.
2. Za datę rozpoczęcia świadczenia usług uważa się datę określoną w informacji przekazanej przez Zamawiającego.
3. Za datę zakończenia świadczenia usług uważa się :
4. datę określoną w informacji przekazanej przez Zamawiającego,
5. powiadomienie Zamawiającego skierowane do Wykonawcy o przerwanie usług.
6. Wykonawca zobowiązany jest przystąpić do realizacji usługi w ciągu 2 dni od daty otrzymania zlecenia, o którym mowa w ust. 1.

§ 4

1. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania odpowiedniej jakości i terminowości świadczonych usług.
2. Wykonawca zobowiązuje się do informowania Zamawiającego o każdej zmianie sytuacji życiowej i zdrowotnej podopiecznych, mającej wpływ na realizację usługi.
3. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania tajemnicy służbowej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz zgodnie z przepisami rozporządzenia parlamentu europejskiego i rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ( DZ. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2018 poz 1000).
4. Zakres przetwarzania danych osobowych określi odrębna umowa z Wykonawca o powierzenie przetwarzania danych osobowych stanowiącą załącznik nr 5 do umowy.

§ 5

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli w czasie realizacji przedmiotu umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się poddać kontroli dokonywanej przez Zamawiającego w zakresie prawidłowości realizacji przedmiotu zamówienia.
3. Wykonawca zobowiązuje się do przedstawiania na pisemne wezwanie Zamawiającego wszelkich informacji i wyjaśnień związanych z realizacją zamówienia, w terminie określonym w wezwaniu.

§ 6

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy w terminie od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2020r. z zastrzeżeniem zapisu § 3 ust 4.

§ 7

1. Środki pieniężne przekazane Wykonawcy, przez Zamawiającego - wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem, pobrane nienależnie lub w nadmiernej wysokości podlegały będą zwrotowi na zasadach określonych przepisami ustaw o finansach publicznych z odsetkami w wysokości określonej, jak dla zaległości podatkowej w terminie 15 dni od stwierdzenia okoliczności, uzasadniających zwrot.
2. Wykonawca zobowiązany będzie do zapłacenia kar w następujących przypadkach:
3. odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w wysokości 20 % wynagrodzenia umownego brutto, o którym mowa w §2 ust.2,
4. niewykonania przedmiotu umowy - w wysokości 20 % wynagrodzenia umownego brutto, o którym mowa w §2 ust.2,
5. opóźnienia w terminie realizacji zamówienia, części – 0,5 % wynagrodzenia umownego brutto, o którym mowa w §2 ust.2 za każdy dzień opóźnienia.
6. Przez nienależyte wykonanie uznaje się realizację usługi niezgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia ( części ) , ze stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy oraz nieprawidłowości we wszelkich wymaganych niniejszą umową i przekazanych Zamawiającemu dokumentach i oświadczeniach.
7. Strony zgodnie postanawiają, że kara umowna, o której mowa w ust. 2 lit. b) i c) może zostać potrącona z wynagrodzenia Wykonawcy o czym zostanie on powiadomiony.
8. W przypadku nie wykonania podmiotu umowy, Wykonawcy nie przysługuje wynagrodzenie, a ponadto Zamawiający może obciążyć Wykonawcę karą umowną naliczoną na zasadach określonych w ust. 1 lit. a).
9. Zamawiającemu przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych prawa cywilnego, jeżeli poniesiona szkoda przewyższa wysokość zastrzeżonych kar umownych i podlegających zwrotowi dotacji

§ 8

 1. Do współpracy w sprawach związanych z wykonaniem umowy upoważnia się:

 1) ze strony Zamawiającego: ……………......, tel. …………………, e-mail: …………

 2) ze strony Wykonawcy:…………….., tel. …………., e-mail: ……………………….

 2. Zmiana osób, o których mowa w ust. 1, następuje poprzez pisemne powiadomienie drugiej Strony i nie stanowi zmiany treści umowy.

 3. Zmiany osób wymienionych w ust. 1 nie wymagają zmiany umowy i stają się skuteczne z chwilą zawiadomienia drugiej Strony o zmianie.

§ 9

1. Każda zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Zmiany treści umowy muszą być zgodne z art. 144 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień Publicznych .
2. Zamawiający dopuszcza następujące zmiany Umowy:
3. Zmniejszenie do 80% liczby godzin usług, o których mowa w §1 ust. 2 z powodu braku zapotrzebowania na usługi, przy czym w przypadku tej zmiany proporcjonalnemu zmniejszeniu ulegnie także wynagrodzenie Wykonawcy, o którym mowa §2 ust. 2,
4. Zmiany terminu wykonania umowy w związku z przyczynami leżącymi po stronie Wykonawcy lecz przez Wykonawcę nie zawinionymi, po ich uznaniu przez Zamawiającego i wyrażeniu przez Zamawiającego zgody na zmianę terminu wykonania, (w szczególności wynikające ze zmiany terminów realizacji przedmiotu zamówienia).
5. zmianę terminu wykonania umowy w związku z przyczynami leżącymi po stronie Zamawiającego i przez Zamawiającego nie zawinionymi.
6. Zamawiający przewiduje możliwość zmiany postanowień niniejszej umowy także w przypadkach gdy:
7. nastąpi zmiana obecnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu zamówienia,
8. wynikną rozbieżności lub niejasności w umowie, których nie można usunąć w inny sposób a zmiana będzie umożliwiać usuniecie rozbieżności i doprecyzowanie umowy w celu jednoznacznej interpretacji jej zapisów przez strony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Prawo Zamówień Publicznych , Akty Prawne przywołane w § 1 niniejszej umowy oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r.o finansach publicznych.

§ 11

Sądem właściwym do dochodzenia roszczeń wynikających z niniejszej umowy jest Sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.

§ 12

Integralną częścią umowy są:

a) Ogłoszenie o zamówieniu na usługi społeczne z dnia ………………….

b) Oferta Wykonawcy z dnia…………………(data wpływu)

§ 13

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Zamawiający Wykonawca

**Akceptuję wzór umowy …………………………………………………………………………………………………………………**

******

***ZAŁĄCZNIK nr 1 do umowy Nr …… z dnia ……………..***

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2019-2020**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

Stopień niepełnosprawności: □ znaczny □ umiarkowany\*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: …………………………………………..

Telefon:……………………………..

E-mail:……………………………….

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………………

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawność

******

***ZAŁĄCZNIK nr 2 do umowy Nr …… z dnia ……………..***

**Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu** **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"**

Karta realizacji usług asystenckich Nr ......................................................................................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: ……………………………………………………………………………………………..…

Imię i nazwisko asystenta: …………………………………………………………………….................................

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich w okresie od …………… do………………....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Rodzaj usługi\*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu ……..…………………………… r.
wyniosła ………. godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów komunikacji publicznej, w związku z realizacją usług asystenckich wyniosła w miesiącu ………..…….. szt., o wartości ….……………….. zł.

………………………………..

Data i podpis asystenta

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich.

………………………………

Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\*Należy wskazać miejsce realizacji usług asystenckich, np. w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania (np. wizyta w miejscowości zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości).