

Pierzchnica, dn. 16.11.2020r.

Zaproszenie do złożenia oferty na stanowisko: *opiekun medyczny*

Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy poszukuje opiekuna medycznego do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy, który realizowany będzie zgodnie z umową nr RPSW.09.02.03-26-00005/20-00 z dnia 27.07.2020r. finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. Zatrudnienie:

- w formie: umowa o pracę -etat
- istniej możliwość złożenia oferty tylko na część etatu
- termin: 01.01.2021-31.12.2022
- miejsce wykonywania zlecenia: Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy, ul. Szkolna 36, 26-015 Pierzchnica

2. Obowiązki:

- pomoc UP w utrzymaniu higieny,
- wdrażanie i podtrzymywanie nawyków higienicznych,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku,
- pomoc przy dowozach i odwozach,
- nadzór i pomoc przy posiłkach,
- toaleta przeciwoleżynowa,
- pomoc w przygotowaniu UP do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę,
- asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских,
- opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT).

Opracowane dokumenty muszą być opatrzone logotypami realizowanego projektu.

3. Wymagania:

- a) rozpoczęła przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej lub
- b) rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy lub ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, posiadająca kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielnych

4. Wymagane dokumenty:

- kserokopia dyplomu/świadectwa potwierdzające kwalifikacje zawodowe na wymaganym stanowisku
- oferta cenowa na prowadzenie poradnictwa socjalnego –załącznik nr 1

- kwestionariusz osobowy dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie –załącznik nr 2
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji -
załącznik nr 3
- oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych
załącznik nr 4
- oświadczenie o braku powiązań osobowo-kapitałowych- **załącznik nr 5**
- oświadczenie o zaangażowaniu zawodowym- **załącznik nr 6**

5. Kryteria oceny oferty:

Ofertę składa się na druku stanowiącym załącznik nr 1.

- 1) Kryterium cena – Waga 100%

$$\text{Kryterium cena Waga} \frac{\text{cena_najnizsza}}{\text{cena_badana}} \times 100\%$$

6. W przypadku pytań, proszę o kontakt telefoniczny z panią Iloną Hendzel 41 370-92-98

7. Sposób przygotowania oferty:

Osoby zainteresowane wykonaniem wyżej wymienionych obowiązków, proszę o wypełnienie, podpisanie i dostarczenie dokumentów wymienionych w pkt. 4 na adres:

**Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy, ul. Szkolna 36, pokój 2.9 (pierwsze piętro),
do dnia 27.11.2020r.**

Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie wraz z podpisanymi dokumentami z dopiskiem :

Oferta na stanowisko opiekuna medycznego w ramach projektu pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy finansowany z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

Marek Zatorski

Prezes Zarządu

FUNDACJA Dom Seniora
im. Sue Ryder
26-015 Pierzchnica, ul. Szkolna 36
tel. 0 41 35 38 505
NIP 6572525423 REGON 292823954

Załącznik nr 1

**OFERTA NA ŚWIADCZENIE USŁUGI
opiekuna medycznego**

w ramach projektu Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zgodnie z umową RPSW.RPSW.09.02.03-26-0005/20-00

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Proszę wpisać **wynagrodzenie brutto**

Opis części zamówienia	Wynagrodzenie brutto	Określić zaangażowanie np. 1 etat, ½ etatu ¼ etatu
<ul style="list-style-type: none"> • pomoc UP w utrzymaniu higieny, • wdrażanie i podtrzymywanie nawyków higienicznych, • zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku, • pomoc przy dowozach i odwozach, • nadzór i pomoc przy posiłkach, • toaleta przeciwoleżynowa, • pomoc w przygotowaniu UP do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę, • asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских, • opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT). 	<p>.....</p>	

Składając niniejszą ofertę oświadczam, że:

- Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, do wykonywania powierzonych obowiązków.
- Akceptuję warunki realizacji zamówienia określone w treści zaproszenia z dnia 16.11.2020r. do złożenia oferty.
- W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy.

.....
(data wypełnienia oferty i podpis wykonawcy)

Załącznik 2

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Imiona rodziców.....
3. Data urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....
5. Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji).....
.....
6. Wykształcenie (nazwa szkoły , data jej ukończenia, zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)
.....
7. Wykształcenie uzupełniające.....
(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)
8. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)
.....
.....
9. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności zainteresowania(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)
.....
10. Oświadczam, że pozostaję/nie pozostaję* w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy.
11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1 – 4 są zgodne z dowodem osobistym seria nr.....
wydanym przez.....lub innym dowodem tożsamości.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Pierzchnica, dnia.....

Nazwisko i imię

Adres

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przez FUNDACJĘ DOM SENIORA IM.SUE RYDER W PIERZCHNICY
- w celu realizacji procesu: **rekrutacji**

.....
(data, czytelny podpis)

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/a, poinformowana/y, że zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo:

- żądania dostępu do danych osobowych;
- sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- wniesienia sprzeciwu;
- cofnięcia zgody w każdym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/-em się z treścią powyższego

.....
data. (czytelny podpis)

Załącznik 4

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

Ja, zamieszkała.....
legitymująca/cy się dowodem osobistym.(seria, nr).....oświadczam, iż
posiadam zdolności do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.

Niniejsze oświadczenie składam świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

.....
(miejsowość, data)

.....
(Podpis Wykonawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder, Szkolna 36, 26-015 Pierzchnica
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni Anna Rubinkiewicz – Kontakt możliwy jest pod adresem e-mail: abcrodo@op.pl Anna Rubinkiewiczza Tel. 602779754, 784 596 357
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o pracę.
4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: Kodeks cywilny oraz rozporządzenie RODO tj. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych.
5. W razie konieczności dane mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - b) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - c) wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - d) przenoszenia danych,
 - e) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. Podanie danych jest: Warunkiem zawarcia umowy, brak podania danych spowoduje nie wywiązanie się z obowiązku realizacji umowy
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWO-OSOBOWYCH

Odpowiadając na zaproszenie z dnia 16.11.2020r., dotyczące wyboru opiekuna medycznego na potrzeby realizacji projektu pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy;

Nie jestem podmiotem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przy przyjęciu, iż przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemnie powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem, przeprowadzeniem, procedury wyboru Wykonawcy a Zamawiającym 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.

.....
(miejsowość, data)

.....
(Podpis Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O ZAANGAŻOWANIU ZAWODOWYM

Ja, niżej podpisany.....
(imię i nazwisko oferenta)

oświadczam, że

- NIE JESTEM zaangażowany/-a w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł.
- JESTEM zaangażowany/-a w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł.

-Jednocześnie oświadczam, iż moje łączne zaangażowanie w realizację we wszystkich projektach finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności i w działania finansowane z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, nie przekracza **276** godzin miesięcznie. Obciążenie wynikające z ich wykonania nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji zadań powierzonych mi w ramach poniższej umowy.

W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Pracodawcę.

Świadomy/-a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane przekazane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

.....
(miejsowość, data)

.....
(Podpis Wykonawcy)