

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług terapii psychologicznej w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci objętych wsparciem przez Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie, w ramach wiodącego Ośrodka Koordynacyjno – Rehabilitacyjno – Opiekuńczego powołanego na podstawie Porozumienia Nr MEN/2022/DWKEW/954 zawartego w dniu 21.04.2022 r. w Warszawie, pomiędzy MEN a Powiatem Wejherowskim.
2. W ramach realizacji przedmiotu zamówienia, w danej części, wykonawca będzie zobowiązany do świadczenia usług psychologicznych-dla dzieci w wieku od 0 do czasu rozpoczęcia nauki w szkole polegających na:
 - 1) diagnozowaniu zaburzeń rozwoju;
 - 2) tworzeniu indywidualnego planu terapii w oparciu o diagnozę;
 - 3) prowadzeniu terapii;
 - 4) monitorowaniu postępów terapii;
 - 5) udzielaniu porad dotyczących kontynuacji terapii w domu przez opiekunów dziecka.
3. **Wykonawca zobowiązuje się do realizacji zamówienia na terenie miast: Wejherowa lub Redy lub Rumi lub miejscowości na terenie Powiatu Wejherowskiego z dostępnym dojazdem dla rodziców i dzieci środkami komunikacji publicznej.** Zapewnienie miejsca realizacji zamówienia leży po stronie Wykonawcy. Miejsce wykonania zamówienia powinno spełniać warunki do należytego wykonania usług psychologicznych.
4. W pierwszej kolejności na terapię kierowane są dzieci z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Wejherowie oraz z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Rumi. Na ewentualne wolne miejsca, za zgodą Koordynatora projektu, mogą zostać przyjęte inne dzieci z terenu Powiatu Wejherowskiego.
5. Przed złożeniem oferty należy zapoznać się z pełną dokumentacją postępowania (wraz z załącznikami) zamieszczoną na stronie postępowania.
6. Zamówienie zostało podzielone **na 2 części**. Wykonawca może złożyć ofertę na dowolną liczbę części zamówienia.

Część 1

Przedmiotem zamówienia jest wykonanie usług psychologicznych określonych w pkt. 1-5 w wymiarze 150 godzin.

Część 2

Przedmiotem zamówienia jest wykonanie usług psychologicznych określonych w pkt. 1-5 w wymiarze 150 godzin.

Wymagane metody pracy

Metody pracy powinny być dostosowane do wieku i zdiagnozowanych potrzeb dziecka.

Dokumentacja

- 1) Udostępnianie dokumentacji medycznej powstałej przy realizacji umowy następuje na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. 2020 poz. 849)
- 2) Prowadzone zajęcia muszą być udokumentowane w miesięcznych kartach pracy, indywidualnie dla każdego dziecka:

Załącznik nr 1 - Informacja o godzinach wykonywania umowy.

Załącznik nr 2 – Karta Ewidencji Prowadzonych Zajęć.

Załącznik nr 3 – Karta Zajęć Dziecka.

Świadczenie usług terapii psychologicznej
w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dzieci

Załącznik nr 4
Załącznik 1

Informacja o godzinach wykonywania umowy zlecenia zawartej w dniu

.....r.

Miesiąc:..... Rok:

Nazwisko i imię Zleceniobiorcy:.....

Dzień miesiąca	Liczba godzin wykonywania umowy	Podpis Zleceniobiorcy	Uwagi	Podpis Zleceniodawcy lub innej osoby przez niego upoważnionej
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Liczba godzin wykonywania umowy ogółem				

Świadczenie usług terapii psychologicznej
w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dzieci

Załącznik nr 4
Załącznik nr 2

KARTA EWIDENCJI PROWADZONYCH ZAJĘĆ

Miejsce realizacji:
(nazwa i adres placówki)

Rodzaj udzielanego wsparcia:
(np. rodzaj diagnozy, terapii indywidualnej/grupowej)

Specjalista (osoba udzielająca wsparcia):
(imię i nazwisko, specjalność)

Miesiąc..... /Rok.....

Imię i nazwisko dziecka	Data	Tematyka/rejestr czynności	Liczba godz.	Podpis
Łącznie				

Świadczenie usług terapii psychologicznej
w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dzieci

Załącznik nr 4
Załącznik nr 3

KARTA ZAJĘĆ DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Miejsce realizacji zajęć:

.....

(nazwa i adres placówki)

Rodzaj terapii :

.....

(terapia pedagogiczna, psychologiczna, logopedyczna, SI, terapii ręki, rehabilitacja ruchowa,, inne)

Miesiąc..... **/Rok**.....

Data	Osoba prowadząca	Liczba godzin	Podpis opiekuna
<i>Łącznie</i>			