

## Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług terapii integracji sensorycznej 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/DWEW/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 usługi-terapii integracji sensorycznej 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 integracji sensorycznej.
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. Termin wykonania zamówienia – od dnia zawarcia umowy **do dnia 15.12.2023 r.**
7. Zamówienie zostało podzielone na **2 części**. Wykonawca może złożyć ofertę na dowolną liczbę części zamówienia.

### Część 1

Przedmiotem zamówienia jest wykonanie usługi terapii integracji sensorycznej określonych w pkt. 1-5 w wymiarze 150 godzin.

---

### Część 2

Przedmiotem zamówienia jest wykonanie usługi terapii integracji sensorycznej 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. 2019 poz. 1128)
- 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 integracji sensorycznej  
w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci

Załącznik nr 4

Załącznik 1

Informacja o godzinach wykonywania umowy zlecenia zawartej w dniu

.....f.

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 integracji sensorycznej  
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
<i>Łącznie</i>				

**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.....**

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