**关于制作响应文件的说明**

各供应商：

 为统一格式，方便对贵公司的基本情况快速了解，请按响应文件格式提交，响应文件及相关佐证材料一式三份并盖公章。

 广州市妇女儿童医疗中心联络部

 2023年8月25日

 **响应文件**

**（正本/副本）**

项目名称：广州市妇女儿童医疗中心医务社工服务项目

响应人名称：

联系人：

联系电话：

日期：2023年 月 日

一、**资格性、符合性审查自查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **文 件 名 称** | **提交情况** | **页码****范围** | **备 注** |
| 有 | 无 |
|  | 具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件。 |  |  |  |  |
|  | 有效的《营业执照》或民办非企业单位登记证书（如非“三证合一”证照，同时提供税务登记证副本复印件）（加盖公章），分支机构参与本次调研的，必须获得具有法人资格的总公司对本项目的专项授权，提供总公司授权文件复印件并加盖分支机构公章。 |  |  |  |  |
|  | 法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书复印件证明。 |  |  |  |  |
|  | 未列入“信用中国”网站中“记录失信被执行人或重大税收违法案件当事人名单或政府采购严重违法失信行为”的记录名单；不处于“中国政府采购网”中“政府采购严重违法失信行为信息记录”的禁止参加政府采购活动期间失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。 |  |  |  |  |
|  | 单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位，不得参加同一调研项目。 |  |  |  |  |
|  | 本项目不接受两个或两个以上供应商组成的联合体共同报名。 |  |  |  |  |
|  | 提供由第三方机构出具的2022年财务状况报告或银行出具的资信证明。 |  |  |  |  |
|  | 2022年依法缴纳税收的相关证明材料。 |  |  |  |  |
|  | 2022年社会保障资金的相关证明材料。 |  |  |  |  |

注：以上材料将作为响应人资格审核的重要内容之一，响应人必须严格按照其内容及序列要求在响应文件中对应如实提供，并在对应的□打“√”。

响应人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

响应人名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**二、商务内容自查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **文件名称** | **明细内容** | **响应情况** | **页码范围** |
|  | 响应人简介 | 基本情况介绍 |  |  |
|  | 响应人社会影响力 | 响应人或成员2018年至今是否在国家层面/省级/市级社会工作行业等组织担任重要职位（以正式文件或者聘书加盖供应商公章为准）。 |  席 |  |
|  | 同类项目业绩 | 过往承接过广东省内医务社工服务项目，并且第三方评估成绩为良好以上（以服务合同及第三方评估报告为准） |  项 |  |
|  | 链接资源能力 | 过去3年除政府资金，链接社会资金（个人、企业、基金会、慈善机构）开展社会服务及公益项目（以合同为准） |  万元 |  |
|  | 具有医务社会工作书籍的主编或著作权 | 需提供书籍相关的证明资料 |  本 |  |
|  | 社会信誉 | 获得民政部门4A(AAAA)及以上社会组织等级评估称号（以证明文件复印件加盖供应商公章为准。） |  次 |  |
|  | 媒体宣传 | 响应人或其提供服务在近3年获得社会媒体报道 |  次 |  |

响应人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

响应人名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**三、技术内容自查表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **文件名称** | **明细内容** | **附件页码** |
| 1 | 项目实施方案 | 针对医务社工项目要求开展具有针对性的详细方案设计。 |  |
| 2 | 项目监督监控能力 | 有针对医务社工服务项目的内部管理架构、运作机制、工作流程、信息反馈渠道、控制方式及管理制度等。 |  |
| 3 | 团队配置及实力情况 | 提供项目成员学历证书及资格证书复印件加盖公章、单位开具的对应岗位人员要求年限的医务社会工作服务证明复印件加盖公章、近半年内在响应人处购买社保证明材料并加盖公章。 |  |
| 4 | 提供兼职督导获专业部门认可的社会工作督导结业证书复印件、学历证书复印件、个人简介及资格证书的复印件、近半年的社保证明文件的复印件。 |  |
| 5 | 具备较好的专业实务研究能力 | 近3年在专业期刊上发表医务社会工作相关的文章，需提供相关证明文件的复印件并加盖供应商公章。 |  |

响应人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

响应人名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**四、项目报价明细表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项 目** | **内 容** | **金额（万元/年）** | **金额合计（万元/两年）** | **具体明细** |
| 人员费用 | 项目配备5名专业社工（其中 1 名主任、4名项目社工）人员费用含工资、奖金、五险一金、福利费和个人所得税 |  |  |  |
| 服务质量保证费 | 项目专业支持费用：兼职督导的岗位补贴、社工交流学习、专业提升等 |  |  |  |
| 项目专业服务和活动费用：服务和活动产生的物料、交通、误餐、志愿者津贴、劳务费、保险费、宣传费 |  |  |  |
| 承接机构运营管理费用 | 项目承接机构运营管理费、项目社工日常办公费用（除办公设施、设备外）、相关税费、招标代理服务费等 |  |  |   |
|  | 合 计 |  |  |  |

响应人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

响应人名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**五、年度服务指标**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务类型** | **服务目标** | **量化指标** | **具体内容** | **响应情况** | **备 注** |
| 社会资源链接 | 经济救助/社会资源链接 | ≥三类资源（物资、资金或公益活动）≥5次 | 包括筹款平台、基金会、社会企业、公益组织等来源，以多元形式引入社会资源，为医护人员、患者及其家属提供社会支持。 |  次 |  |
| 资源项目化 | ≥1个 | 链接外部资源，设立不少于1个公益项目 |  个 |  |
| 重点关注群体社工专业介入 | 咨询个案 | ≥60个 | 针对服务对象单一问题，提供即时性解决 |  个 |  |
| 辅导个案 | ≥30个 | 针对服务对象需求多或程度较深，需中、长期跟进 |  个 |  |
| 活动 | ≥60场 | 服务对象应包含患儿及家庭、医护人员群体，包括时令节日、病房活动、义诊、科室布置等活动，开展形式不少于2种，总计受益人数≥30000人次 |  场 人次 |  |
| 病区查房 | ≥80次 | 以联合医生查房或者单独查房的方式开展 |  次 |  |
| 电话探访 | ≥300次 | 电访包括回访、持续关注跟进等、其他事项跟进等 |  次 |  |
| 小组工作坊 | ≥10个 | 包括但不局限于开放性小组、封闭性小组、主题工作坊等 |  个 |  |
| 品牌志愿服务项目建设 | 志愿者培训 | ≥ 5次 | 为有志长期在医院开展志愿服务的成员提供志愿者相关培训，提升志愿者参与服务的技能 |  次 |  |
| 发展社会志愿者人数 | ≥ 50人 | 发展医护、高校、企业、社会人员等志愿者加入志愿服务队 |  人 |  |
| 志愿服务品牌活动 | ≥3场 | 结合医疗需求，建立契合医护人员以及病人需求的志愿者服务内容，以多元形式开展志愿者服务，并统筹安排管理院内志愿者并组织开展活动。 |  场 |  |
| 病友互助团体 | ≥ 1个 | 发展新的病友志愿服务队，或培育已有的病友志愿服务队 |  个 |  |
| 志愿者品牌项目 | ≥1个 | 建立在行业内有影响力的品牌、亮点志愿服务项目不少于1个。 |  个 |  |
| 项目宣传与推广 | 制作服务资源手册等 | ≥1本 | 包括但不限于志愿者服务手册、个案例集、服务资源手册等内容 |  本 |  |
| 微信公众号推文 | ≥ 10篇 | 协助社工科管理公众号，撰写并发布医务社工服务工作相关推文 |  篇 |  |
| 项目推广 | ≥ 1次 | 整合社工项目经验与品牌，通过大众媒体、行业公众号、参与比赛等形式进行传播，增加项目影响力 |  次 |  |
| 项目管理与成果研究 | 个案分析报告 | ≥6个 | 服务过程中已经服务结项的个案、小组、活动的服务背景、服务过程、资源协同、服务成效、个案故事等形成可推广的案例图文，在媒体报道或宣传平台推广。 |  个 |  |
| 服务模式及研究成果 | ≥2个 | 结合实际服务开展的实践探索，完成基于医务社工服务相关的学术论文或课题研究报告、案例文章等。 |  个 |  |
| 其 他 |  |  | 响应人能提供的其他特色服务 |  |  |

响应人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

响应人名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日