

OPS.252.49.2017

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

.....
Nazwa i adres Wykonawcy

.....
(miejsowość i data)

WYKAZ OSÓB

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie **SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W ICH MIEJSCU ZAMIESZKANIA,**

przedkładam/my wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia niezbędnych dla wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Imię i nazwisko	<u>Osoby świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze</u> Kwalifikacje zawodowe uprawniające do świadczenia specjalistycznych usług – proszę wskazać zgodnie z Rozporządzeniem MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – objaśnienia pod tabelę	<u>Osoby świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze</u> Kwalifikacje zawodowe – posiadanie udokumentowanego przeszkolenia w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług – objaśnienia pod tabelę	<u>Osoby świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze</u> Doświadczenie- proszę wskazać zgodnie z Rozporządzeniem MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – objaśnienia pod tabelę <u>osoba do współpracy posiadającą min. 3 - letnie doświadczenie zawodowe w zakresie koordynacji spraw związanych ze świadczeniem specjalistycznych usług opiekuńczych</u>	Zakres wykonywanych czynności przy realizacji zadania – usługi specjalistyczne, osoba do kontaktów związanych z realizacją umowy	informacja o podstawie do dysponowania osobą (umowa o pracę, umowa zlecenie, inne)
	n/d	n/d	posiada/ nie posiada letnie doświadczenie zawodowe w zakresie	osoba do współpracy w sprawach związanych z wykonaniem umowy	
	posiada/ nie posiada-jakie-proszę wskazać	posiada/ nie posiada-	posiada/ Nie posiada-jakie proszę wskazać	świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami	

				psychicznymi w ich miejscu zamieszkania	
				świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania	
				świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania	

Kwalifikacje:

§ 3.1. Rozporządzenia - Specjalistyczne usługi są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty.

§ 3.3. W uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby, które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe określone w ust. 1, posiadają co najmniej roczny staż pracy w jednostkach, o których mowa w ust. 2, i mają zapewnioną możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi, posiadającymi wymagane kwalifikacje.

§ 3.4. Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać udokumentowane przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług.

Doświadczenie:

§ 3.2. Rozporządzenia - Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż pracy w jednej z następujących jednostek:

- 1) szpitalu psychiatrycznym;
- 2) jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym;
- 4) ośrodka terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym;

5)zakładzie rehabilitacji.

TABLE MOŻNA ROSZERZYĆ W ZALEZNOŚCI OD POTRZEB.

W załączeniu: dokument/y poświadczające przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych.

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ ób uprawnionej /ych do reprezentowania Wykonawcy)