

.....  
Nazwa i adres Wykonawcy

.....  
(miejsce i data)

### WYKAZ OSÓB

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (podopiecznych OPS Paczków) w miejscu ich zamieszkania w roku 2020**

**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>	<u>Osoby świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze</u>	<u>Osoby świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze</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)
	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 – <b>objaśnienia pod tabelę</b>	Kwalifikacje zawodowe – posiadanie udokumentowanego przeszkolenia w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług – <b>objaśnienia pod tabelę</b>	Doświadczenie- proszę wskazać zgodnie z Rozporządzeniem MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – <b>objaśnienia pod tabelę</b> <b>osoba do współpracy posiadająca min. 3 - letnie doświadczenie zawodowe w zakresie koordynacji spraw związanych ze świadczeniem specjalistycznych usług opiekuńczych</b>		
	n/d	n/d	posiada/ nie posiada	osoba do współpracy w sprawach związanych z wykonaniem umowy	

			.....letnie doświadczenie zawodowe w zakresie .....		
	posiada/ nie posiada-jakie-proszę wskazać	posiada/ nie posiada-	posiada/ Nie posiada- jakie proszę wskazać	świadczanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania	
				świadczanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania	
				świadczanie 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 ZALEŻNOŚCI 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)