Załącznik Nr 7 do ogłoszenia

..............................................

(pieczęć firmowa wykonawcy

– w przypadku wykonawców występujących  
wspólnie pieczęć firmowa każdego z nich)

...................................................................

(miejscowość, data)

# Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia (podać tylko te osoby, które rzeczywiście będą brały udział w realizacji zamówienia), w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnego dla wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz podstawie do dysponowania tymi osobami

**Warunkiem udziału w postępowaniu jest posiadanie następującej kadry:**

* **do specjalistycznych usług opiekuńczych** min 3 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 lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi,

**Uwaga:**

* **Zamawiający wymaga, aby usługi były świadczone przez osoby posiadające adekwatne kwalifikacje do zlecanych usług wynikających z identyfikacji potrzeb klienta oraz zlecenia lekarskiego,**

**Podać minimalnie 3 osoby:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych.** | **Doświadczenie** | **informacje o dysponowaniu osobą** | **Informacje o podstawie dysponowania osobą** |
| 1 |  | rodzaj uprawnień: ……………  data ich otrzymania: ……… |  | dysponuję\* | umowa o pracę / umowa o dzieło itp. do dnia: ………………….… |
| będę dysponować\* | **Zobowiązanie**  Zobowiązuję się do pracy w ramach umowy o …………….. przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia.  ……………………………..  (podpis) |

\* Niepotrzebne skreślić

* **do specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych osobom z zaburzeniami psychicznymi** min. 6 osób posiadających kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi **oraz posiadać co najmniej półroczny staż w jednej z następujących jednostek:** szpitalu psychiatrycznym; jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi; placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym; ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym; zakładzie rehabilitacji; innej jednostce niż wymienione - świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi**).**

**Uwaga:**

* **Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać udokumentowane przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług (na podstawie § 3 pkt 4 Rozporządzenia w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych DzU z 2005 r Nr 189 poz 1598)**
* **Zamawiający wymaga aby usługi były świadczone przez osoby posiadające adekwatne kwalifikacje do zlecanych usług wynikających z identyfikacji potrzeb klienta oraz zlecenia lekarskiego,**

**Podać minimalnie 6 osób:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych.**  **Podać informację o przeszkoleniu w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług** | **Doświadczenie**  podać co najmniej półroczny staż w jednej z w/w jednostek | **informacje o dysponowaniu osobą** | **Informacje o podstawie dysponowania osobą** |
| 1. |  | rodzaj uprawnień: ……………  data ich otrzymania: ……… | Podać również informację dot. znajomości języka migowego | dysponuję\* | umowa o pracę / umowa o dzieło itp. do dnia: ………………….… |
| będę dysponować\* | **Zobowiązanie**  Zobowiązuję się do pracy w ramach umowy o …………….. przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia.  ……………………………..  (podpis) |
| …. |  | rodzaj uprawnień: ……………  data ich otrzymania: ……… | Podać również informację dot. znajomości języka migowego | dysponuję\* | umowa o pracę / umowa o dzieło itp. do dnia: ………………….… |
| będę dysponować\* | **Zobowiązanie**  Zobowiązuję się do pracy w ramach umowy o …………….. przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia.  ……………………………..  (podpis) |
| będę dysponować\* | **Zobowiązanie**  Zobowiązuję się do pracy w ramach umowy o …………….. przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia.  ……………………………..  (podpis) |

\* Niepotrzebne skreślić

.................................................................................

(podpis(y) osoby (ób) uprawnionej(ych), pieczęcie)