**Załącznik nr 1a**

do Specyfikacji Warunków Zamówienia

**Wykonawca** (pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko, adres, NIP, REGON):

**Dot. Kryterium nr 2 Doświadczenie**

dot. postępowania pn. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców z podziałem na zadania:

***1) Zadanie nr 1 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie fizjoterapii \****

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby fizjoterapeuty**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że fizjoterapeuta posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej osoby fizjoterapeuty z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa osoby fizjoterapeuty z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[1]](#footnote-1) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

1 W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół".

**2) Zadanie nr 2 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii psychologicznej \***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby psychologa**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że psycholog posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej psychologa z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa psychologa z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[2]](#footnote-2) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

**3) Zadanie nr 3 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii logopedycznej\***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby logopedy**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że logopeda posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej logopedy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem praca zawodowa logopedy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[3]](#footnote-3) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

**4) Zadanie nr 4 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii neurologopedycznej \***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby neurologopedy**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że neurologopeda posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej neurologopedy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa neurologopedy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[4]](#footnote-4) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

**5) Zadanie nr 5 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie integracji sensorycznej \***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby prowadzącej zajęcia w zakresie integracji sensorycznej**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że osoba prowadząca zajęcia w zakresie integracji sensorycznej posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej w zakresie integracji sensorycznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa osoby prowadzącej zajęcia w zakresie integracji sensorycznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[5]](#footnote-5) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

**6) Zadanie nr 6 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii umiejętności społecznej \***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby prowadzącej zajęcia w zakresie terapii umiejętności społecznej**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że osoba prowadząca zajęcia w zakresie terapii umiejętności społecznej posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej w zakresie terapii umiejętności społecznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa osoby prowadzącej zajęcia w zakresie terapii umiejętności społecznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[6]](#footnote-6) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

**7) Zadanie nr 7 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii pedagogicznej \***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby pedagoga**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że pedagog posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej pedagoga z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa pedagoga z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[7]](#footnote-7) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

**8) Zadanie nr 8 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii z pedagogiem specjalnym \***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby pedagoga specjalnego**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że pedagog specjalny posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej pedagoga specjalnego z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa pedagoga specjalnego z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[8]](#footnote-8) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

**9) Zadanie nr 9 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie treningu słuchowego \***

Dane niezbędne do wyliczenia **kryterium nr 2** określonego w SWZ:

**Doświadczenie osoby prowadzącej zajęcia z zakresu treningu słuchowego**

**Imię i Nazwisko:**

Oświadczam(y), że osoba prowadząca zajęcia z zakresu treningu słuchowego posiada ………. miesięczne doświadczenie tj. ocena będzie przeprowadzona na podstawie ilości lat w pracy zawodowej z zakresu treningu słuchowego z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz usług, w wykonywaniu których Pan(i) uczestniczył(a):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Opis wykonanych zadań których przedmiotem była praca zawodowa osoby prowadzącej zajęcia z zakresu treningu słuchowego z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: szpitalu psychiatrycznym, w 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, warsztacie terapii zajęciowej, w innej jednostce niż wymienione w pkt. 1-5 świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. | Podmiot, na rzecz którego świadczona była usługa | Okres wykonywania usług[[9]](#footnote-9) |
| 1 |  | ..................................................  ..................................................  .................................................. | ...........................................  ...........................................  ........................................... | od ........... r do ............ r. |

Punktacja w niniejszym kryterium kształtuje się następująco:

Doświadczenie osoby:

- od 3 miesięcy do 6 miesięcy = 0 pkt w kryterium „D”

- od 7 miesięcy do 12 miesięcy = 10 pkt w kryterium „D”

- od 13 miesięcy do 18 miesięcy = 20 pkt w kryterium „D”

- od 19 miesięcy do 24 miesięcy = 30 pkt w kryterium „D”

- od 25 miesięcy i więcej = 40 pkt w kryterium „D”

UWAGA:

1) W przypadku podania przez Wykonawcę w Formularzu ofertowym Doświadczenia równego 6 miesięcy ofercie przyznanych zostanie 0 pkt.

2) W przypadku niewypełnienia lub niezałączenia załącznika nr 1a do SWZ – złożona oferta otrzyma 0 pkt.

3) W przypadku wskazania w Załączniku nr 1a do SWZ więcej niż jednej osoby do wyliczenia kryterium będzie brana pod uwagę osoba z najniższym doświadczeniem.

**Uwaga: Załącznik należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy.**

1. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-6)
7. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-7)
8. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-8)
9. W przypadku niepełnych miesięcy wykonywania usług należy stosować zaokrąglanie "w dół". [↑](#footnote-ref-9)