Nr postępowania: 13/BK/9.4/2024

**Załącznik nr 5 do SWZ**

…............................................

Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Składany w postępowaniu pn.:

**Świadczenie usług społecznych na potrzeby projektu pn. „Pomocna dłoń – III edycja.’’**

**\*Wypełnić odpowiednio dla składanej części**

**Część nr 1 - Usługi społeczne w zakresie usług asystenckich (AOON)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności**  **(należy uzupełnić odpowiednio)** | **Doświadczenie zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 |  |  | Osoba posiadająca wykształcenie …………………  (wypełnić odpowiednio) pozytywną opinię psychologa wydaną na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych, doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego\* / ukończyła minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie (20h teorii, 40h praktyki).\*  \*Niepotrzebne skreślić. | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 2. |  |  | Osoba posiadająca wykształcenie …………………  (wypełnić odpowiednio) pozytywną opinię psychologa wydaną na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych, doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego\* / ukończyła minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie (20h teorii, 40h praktyki).\*  \*Niepotrzebne skreślić. | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 3. |  |  | Osoba posiadająca wykształcenie …………………  (wypełnić odpowiednio) pozytywną opinię psychologa wydaną na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych, doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego\* / ukończyła minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie (20h teorii, 40h praktyki).\*  \*Niepotrzebne skreślić. | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 4. |  |  | Osoba posiadająca wykształcenie …………………  (wypełnić odpowiednio) pozytywną opinię psychologa wydaną na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych, doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego\* / ukończyła minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie (20h teorii, 40h praktyki).\*  \*Niepotrzebne skreślić. |  |

**Część nr 2 -** **Usługi społeczne w zakresie usług opiekuńczych i wytchnieniowych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności (należy uzupełnić odpowiednio)** | **Doświadczenie zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 |  |  | Osoba posiadająca wykształcenie …………………  (wypełnić odpowiednio) oraz ………………….. doświadczenie w świadczeniu bezpośrednich usług opiekuńczych lub wspierających na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób niesamodzielnych, osób przewlekle chorych. | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 2 |  |  | Osoba posiadająca wykształcenie …………………  (wypełnić odpowiednio) oraz ………………….. (ilu miesięczne/letnie) doświadczenie w świadczeniu bezpośrednich usług opiekuńczych lub wspierających na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób niesamodzielnych, osób przewlekle chorych. | Własne / oddane do dyspozycji\* |

**Część nr 3 -** **Usługi społeczne w zakresie usług psychologicznych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 |  | Psycholog | Osoba posiadająca wykształcenie wyższe na kierunku psychologia oraz ………………..letnie doświadczenie w pracy z osobami starszymi \*/ ……………….letnie doświadczenie w realizacji zajęć, grup wsparcia, poradnictwa lub terapii z zakresu psychologii.  \* Niepotrzebne skreślić | Własne / oddane do dyspozycji\* |

\* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno prawnej pozostawiamy własne)

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

Dokument musi być podpisany kwalifikowanym  
 podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym  
 lub elektronicznym podpisem osobistym