**Załącznik Nr 4 do SWZ**

**............................................................**

**(nazwa i adres Wykonawcy/pieczęć Wykonawcy)**

**WYKAZ OSÓB**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia o nazwie:

**„Świadczenie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami na terenie m. Szklarska Poręba dla 25 Osób Wymagających Wsparcia – uczestników projektu pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba” dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskiego dla Dolnego śląska 2021-2027”**

**Oświadczam, że na dzień składania ofert dysponuję następującym potencjałem technicznym i zawodowym pod postacią osób:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje z pkt a)/ doświadczenie z pkt b)  (należy wpisać odpowiednio a) lub b)) | Kwalifikacje zawodowe w tym okres doświadczenia | Informacja o podstawie dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**Oświadczam, że ww. osoby posiadają:**

**a) asystenta osoby niepełnosprawnej** – warunkiem zatrudnienia asystenta osoby niepełnosprawnej jest ukończone kształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.);

lub

**b) asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej** – minimalnym warunkiem zatrudnienia kandydata jako asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jest uzyskanie pozytywnej opinii psychologa na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych. Po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa, asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej mogą zostać kandydaci:

- posiadający doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego, lub

- bez adekwatnego doświadczenia, którzy odbyli minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie. Szkolenie składa się z minimum 20 godzin części teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40 godzin części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat – szkolenie na koszt Zamawiającego niezwłocznie po zawarciu umowy.

.........................................dnia ............................. 2024 r.

(miejscowość)

Uzupełniony dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.