Nr referencyjny: A.262.1.2024 **Załącznik Nr 12 do SWZ**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu Zamówienia   
do punktacji w zakresie doświadczenia \*\***

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

(nazwa Wykonawcy)

przystępując do prowadzonego przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim postępowania o udzielenie zamówienia pn.

**Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim w 2024 r.**

składam Wykaz osób:

| Lp. | Nazwisko i imię | Zakres wykonywanych czynności | Kwalifikacje zawodowe jakie musi spełniać wskazana osoba | Doświadczenie osoby w okresie ostatnich 60 miesięcy (należy wskazać w miesiącach) | Osoby będące w dyspozycji Wykonawcy / oddane do dyspozycji przez inny podmiot |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Osoba posiadająca:   * 1. osób posiadających dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizacje usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z „Kart zgłoszenia”),   2. osób posiadających, co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  | Osoba posiadająca:   * 1. osób posiadających dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizacje usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z „Kart zgłoszenia”),   2. osób posiadających, co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  | Osoba posiadająca:   1. osób posiadających dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizacje usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z „Kart zgłoszenia”), 2. osób posiadających, co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  | Osoba posiadająca:   1. osób posiadających dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizacje usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z „Kart zgłoszenia”), 2. osób posiadających, co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Osoba posiadająca:   1. osób posiadających dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizacje usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z „Kart zgłoszenia”), 2. osób posiadających, co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  | Osoba posiadająca:   1. osób posiadających dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizacje usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z „Kart zgłoszenia”), 2. osób posiadających, co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |

W ostatniej kolumnie tabeli Wykonawca powinien precyzyjnie określić (wpisać) podstawę do dysponowania wskazanym pracownikiem:

* **pracownik własny: tj. np. umowa o pracę, umowa zlecenie,**
* pracownik oddany do dyspozycji przez inny podmiot- obowiązek dołączenia **pisemnego zobowiązania tego podmiotu do jego udostępnienia na czas realizacji zamówienia (wzór – załącznik Nr 10 do SWZ).**

**Uwaga! Oświadczam(my), że osoby wskazane, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają uprawnienia wymagane w postawionym warunku w SWZ i mogą sprawować wymienione funkcje.**

\*Niepotrzebne skreślić (jeżeli Wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy własne),

\*\* nie wskazanie osób równoznaczne będzie z nieprzyznaniem przez Zamawiającego punktów w kryterium „Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia”

**Uwaga**

**Oświadczenie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu składającego ten dokument.**