



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
(nazwa Wykonawcy)

### Wymagania dla części merytorycznej oferty

#### **I. Informacje do oceny oferty w kryterium Koncepcja prowadzenia pośrednictwa pracy.**

##### **KONCEPCJA PRACY Z UCZESTNIKAMI REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ**

Wykonawca obowiązany jest do przygotowania Koncepcji pracy z uczestnikami rehabilitacji kompleksowej zawierającej co najmniej:

- opis sposobu dokonywania diagnozy sytuacji na rynkach pracy powiatów pochodzenia uczestników,
- opis sposobu pozyskiwania i weryfikowania dostępnych ofert pracy dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- opis proponowanych metod doboru ofert dla poszczególnych uczestników,
- opis metod wsparcia uczestników do momentu podjęcia zatrudnienia (lub uruchomienia działalności gospodarczej) oraz przez okres minimum 4 tygodni po podjęciu zatrudnienia.)

##### **METODA WSPÓLPRACY Z PRACODAWCAMI**

Wykonawca obowiązany jest do przygotowania Opisu metody współpracy z pracodawcami zawierającego co najmniej:

- opis sposób pozyskiwania do współpracy pracodawców z powiatów pochodzenia uczestników i utrzymywania z nimi kontaktów,
- zaproponowany program oraz dobór uczestników działań upowszechniających wśród pracodawców.)
- wstępny harmonogram działań

#### **II. Informacje do oceny oferty w kryterium Zatrudnienie**

(Wykonawca składa oświadczenie o treści)

Zatrudnienie w okresie 12 tygodni.

Zobowiązuję się do uzyskania efektu w postaci podjęcia zatrudnienia i jego utrzymania przez Uczestnika lub za rozpoczęcie działalności gospodarczej i jej prowadzenie przez Uczestnika przez okres co najmniej 12 tygodni dla .....%... Uczestników, którzy przystąpili do rehabilitacji kompleksowej (potwierdzili podpisem przyjęcie do realizacji Indywidualny Program Rehabilitacji).



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



### III. Informacja do oceny ofert w kryterium Doświadczeniu proponowanej kadry w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi

Lp.	Funkcja	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Podstawa dysponowania*
1.	Lekarz specjalista w zakresie psychiatrii		1) wykształcenie: 2) specjalizacja: 3) doświadczenie: a) doświadczenie w pracy w specjalności na oddziale psychiatrycznym z osobami z zaburzeniami psychicznymi: b) okres od..... do..... placówka: a) okres od..... do..... placówka:	
2.	Psycholog kliniczny		1) wykształcenie: 2) specjalizacja: 3) doświadczenie w pracy w specjalności na oddziale psychiatrycznym z osobami z zaburzeniami psychicznymi: a) okres od..... do..... placówka: b) okres od..... do..... placówka:	

Załącznik nr 6 do SWZ

„USŁUGA JEDNEGO OŚRODKA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI”

3.	Doradca zawodowy		<p>1) wykształcenie:</p> <p>2) doświadczenie jako doradca zawodowy:</p> <p>a) okres od..... do..... placówka/projekt:</p> <p>b) okres od..... do..... placówka/projekt:</p> <p>3) doświadczenie w pracy jako doradztwa zawodowy z osobami z niepełnosprawnościami</p> <p>a) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>b) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>4) doświadczenie w pracy jako doradztwa zawodowy z osobami z zaburzeniami psychicznymi</p> <p>a) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>c) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p>	
----	------------------	--	---	--

Załącznik nr 6 do SWZ

„USŁUGA JEDNEGO OŚRODKA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI”

4.	Pośrednik pracy		<p>2) wykształcenie:</p> <p>3) doświadczenie jako pośrednik pracy:</p> <p>a) okres od..... do..... placówka/projekt: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>b) okres od..... do..... placówka/projekt: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>4) doświadczenie w pracy jako pośrednik pracy z osobami z niepełnosprawnościami</p> <p>a) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>b) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>5) doświadczenie w pracy jako pośrednik pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi</p> <p>a) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p> <p>b) okres od..... do..... placówka: stanowisko/wykonywane czynności:</p>	
----	-----------------	--	--	--

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wykonawcy)