Obraz zawierający tekst

Opis wygenerowany automatycznie

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

*(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).

Obraz zawierający tekst

Opis wygenerowany automatycznie

**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:    1. doświadczenie w pracy w specjalności na oddziale psychiatrycznym  z osobami z zaburzeniami psychicznymi:    2. okres od…… do…..   placówka:   * 1. 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:    1. okres od…… do…..   placówka:   * 1. okres od…… do…..   placówka: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | Doradca zawodowy |  | 1. wykształcenie: 2. doświadczenie jako doradca zawodowy:    1. okres od…… do…..   placówka/projekt:   * 1. okres od…… do…..   placówka/projekt:   1. doświadczenie w pracy jako doradztwa zawodowy z osobami  z niepełnosprawnościami    1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności:   * 1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności:   1. doświadczenie w pracy jako doradztwa zawodowy z osobami  z zaburzeniami psychicznymi    1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności:   * 1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. | Pośrednik pracy |  | 1. wykształcenie: 2. doświadczenie jako pośrednik pracy:    1. okres od…… do…..   placówka/projekt:  stanowisko/wykonywane czynności:   * 1. okres od…… do…..   placówka/projekt:  stanowisko/wykonywane czynności:   1. doświadczenie w pracy jako pośrednik pracy z osobami  z niepełnosprawnościami    1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności:   * 1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności:   1. doświadczenie w pracy jako pośrednik pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi    1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności:   * 1. okres od…… do…..   placówka:  stanowisko/wykonywane czynności: |  |

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

*(podpis osoby uprawnionej   
do reprezentacji Wykonawcy)*