******

***Załącznik nr 5 do ogłoszenia***

**WYKAZ OSÓB**

**dot. zamówienia na usługi społeczne**

w zakresie świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w 2020 r.
w ramach programu **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020”**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia,
w szczególności odpowiedzialnych za świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w 2020 r., wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych niezbędnych do wykonania usług, wymagany jest w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko** |  **Rodzaj zatrudnienia** | **Staż pracy**  | **Kwalifikacje zawodowe**  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**Zgodnie z warunkami określonymi przez Zamawiającego,** doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, jest jednym z kryteriów oceny ofert.

W przedmiotowym kryterium, punktowane będzie doświadczenie w realizacji usług asystenckich powyżej wymaganego minimum, tj. powyżej 1 roku (12 m-cy) – kryterium będzie liczone w pełnych miesiącach począwszy od 13 miesiąca.

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

 (miejscowość, data)

 ……………………………..

 czytelny podpis Wykonawcy