



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

.....
Miejsce, data

Dotyczy: projektu „Skuteczna integracja, szansą dla Ciebie” w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Oświadczenie

I. Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że spełniam poniżej wskazane warunki, jakie musi spełniać kadra na WAS tj.

1. Posiadam:

a) wykształcenie kierunkowe związane z pracą z osobami z niepełnosprawnością, np. fizjoterapia, terapeuta zajęciowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pedagog, psycholog, ratownik medyczny, masażysta, pielęgniarka etc., **potwierdzone np. dyplomami,**

lub

b) umiejętności i kompetencje w zakresie metod i narzędzi pracy, stosowanych w programach aktywizacji społeczno-zawodowej dla osób z niepełnosprawnością obejmujące następujące elementy bezpośredniej pracy z osobami z niepełnosprawnością: warsztaty umiejętności funkcjonalnych, warsztaty kompetencji psychospołecznych, warsztaty edukacji prozdrowotnej, warsztaty edukacji prawno-obywatelskiej, trening czynności dnia codziennego, asystowanie osobom z niepełnosprawnością **potwierdzone np. dyplomami lub zaświadczeniami o ukończeniu kursów, szkoleń, etc.,**

c) doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością w ramach programów aktywizacji społeczno-zawodowej, w tym w min. jednym warsztacie/obozie w formie wyjazdowej z noclegiem dla minimum 5 osób przez co najmniej 25 godzin, **potwierdzone np. referencjami, protokołem odbioru usługi, umową cywilno-prawną potwierdzającą wykonanie usługi, tj.:**

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

2. Zobowiązuje się do przestrzegania zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym równości płci, wzajemnego szacunku i partnerskich relacji między płciami, jak również niedopuszczania do dyskryminacji ze względu m.in. na wiek, wykształcenie, poglądy, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię lub przekonania, orientację seksualną czy niepełnosprawność.

3. Nie jestem powiązana osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji procedury wyboru kadry, realizacji warsztatu aktywizacji społecznej w tym jego rozliczenia finansowego i merytorycznego.

5. Zobowiązuje się do pozostawania w okresie realizacji WAS w pełnej dyspozycyjności FAR oraz dojazd na WAS do Centralny Ośrodek Sportu - Ośrodek Przygotowań Olimpijskich w Spale, Al. Prezydenta I. Mościckiego 6 97-215 Inowódz we własnym zakresie.

6. Zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących bezpieczeństwa higieniczno-sanitarnego oraz zdrowotnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zasadami oraz wytycznymi przeciwepidemicznymi.

7. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności odszkodowawczej wobec FAR, jeżeli w wyniku podania nieprawdziwych i niezgodnych z rzeczywistością oświadczeń, Zamawiającemu lub innej osobie trzeciej zostanie wyrządzona szkoda.

II. Pełnienie przez mnie funkcji kadry na WAS możliwe jest w terminie (proszę podkreślić dostępny termin):

1. 12.09.2024 – 15.09.2024 r.

2. 23.09.2024 – 26.09.2024 r.

III. Przyjmuje do wiadomości, iż podczas pełnienia funkcji kadry, mój zakres obowiązków obejmuje:

- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych w ramach porannej i wieczornej toalety,
- wsparcie w wykonywaniu czynności codziennych podczas posiłków,
- wsparcie OzN w przygotowaniu i dotarciu na zajęcia, przemieszczania się w przerwach między zajęciami, a także asystowanie w trakcie wszystkich zajęć,
- wsparcie przy korzystaniu z toalety w ciągu dnia,
- trening czynności dnia codziennego, z zakresu samoobsługi dotyczący umiejętności planowania i nabycia umiejętności samodzielnego wykonywania poszczególnych czynności i zadań oraz współpracy z osobą asystującą.

Rodzaj wsparcia uzależniony będzie od niepełnosprawności posiadanych przez uczestników/czki.

Zakładana liczba godzin na każdym WAS: 34 godziny (pierwszy i czwarty dzień: 7 godzin, drugi i trzeci dzień: po 10 godzin). 1 godzina = 60 minut.

IV. Oczekiwane wynagrodzenia za godzinę pracy brutto (bez kosztów pracodawcy):

Forma rozliczenia: faktura/umowa zlecenie (skreślić niewłaściwe).

.....
Podpis