

**Formularz ofertowy**

**naboru na asystentów osoby niepełnosprawnej (AON)
i asystentów osobistych osoby niepełnosprawnej (AOON)
w ramach realizowanego projektu partnerskiego „Centrum Usług Społecznych w powiecie wieruszowskim”**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

Lider projektu: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie

**Nazwa Zamawiającego: Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Miejski
w Wieruszowie, ul. Sportowa 7, 98-400 Wieruszów**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko / nazwa oferenta |  |
| Adres oferenta |  |
| Posiadanie kwalifikacji AON lub ukończony minimum 70-godzinny kurs/szkolenie potwierdzające uzyskanie uprawnień AOON *(zaznaczyć wpisując znak „x” we właściwe pole*) |   ❑ TAK ❑ NIE |
| Długość doświadczenia w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowego, wolontariackiego lub osobistego, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego *(zaznaczyć wpisując znak „x” we właściwe pole*) |  ❑ 1–2 lata  ❑ 2-4 lata ❑ powyżej 4 lat |
| Proponowana stawka wynagrodzenia za 1 godzinę świadczonej usługi AON/AOON | ……………………………………… zł bruttosłownie: ………………………………………………………….....…………………………………………………………………………… |

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;
2. spełniam warunek nie przekroczenia 276 godzin miesięcznego łącznego zaangażowania zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym ze środków własnych Beneficjenta każdorazowo w miesiącu pracy, w którym będę realizować powyższe zlecenie,
3. nie jestem pracownikiem ani też nie świadczę usług na podstawie umowy zlecenia u któregokolwiek z partnerów TPD OM realizujących wspólne zadanie „Centrum Usług Społecznych w powiecie wieruszowskim”,
4. przedmiot zamówienia wykonam osobiście.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016r. poz. 922 ze zm.)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

1. Wykaz wykonywanych usług asystenckich/pracy zawodowej lub wolontarystycznej na rzecz osób z niepełnosprawnością,

2. CV,

3. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe

4. oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych

5. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………….dnia

podpis oferenta:

 ……………………………………………………………