**Załącznik nr 9 do SWZ**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W DOPIEWIE**

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..………………………………………………………

…………………………………………………..…..………………………………...…………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, prowadzonego przez **Zamawiającego,** przedkładam:

**OŚWIADCZENIE DODATKOWE W ZAKRESIE**

**ASPEKTU SPOŁECZNEGO ZAMÓWIENIA**

**- wsparcie osób defaworyzowanych, w trudnej sytuacji na rynku pracy**

**Proszę uzupełnić i zaznaczyć X we właściwej komórce, jeśli dotyczy:**

Oświadczam, że jako Wykonawca jestem osobą / do realizacji zamówienia zatrudnię ................ (liczba) osobę/osoby/osób\* (*\*niepotrzebne skreślić*):

* bezrobotną w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* poszukującą pracy, niepozostającą w zatrudnieniu lub niewykonującą innej pracy zarobkowej, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* usamodzielnioną, w rozumieniu art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
* młodocianą, w rozumieniu przepisów prawa pracy, w celu przygotowania zawodowego,
* niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
* zagrożoną wykluczeniem społecznym w rozumieniu ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, inną niż wymieniona wyżej,
* do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, posiadającą status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia.

**Uwaga!**

Zatrudnienie osoby defaworyzowanej powinno trwać przez cały okres realizacji zamówienia. W przypadku wygaśnięcia / rozwiązania stosunku zatrudnienia przed zakończeniem tego okresu, Wykonawca jest obowiązany do zatrudnienia na to miejsce innej osoby defaworyzowanej.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji i kontroli spełnienia przez Wykonawcę warunku związanego z aspektem społecznym zamówienia zarówno w trakcie trwania procedury przetargowej, jak i po jej zakończeniu i ewentualnym podpisaniu umowy na realizację usługi asystencji osobistej.

………………………………………….. …………………………………

*Miejsce i data czytelny podpis (imię i nazwisko) lub podpis wraz z pieczęcią imienną Wykonawcy lub osoby/osób*

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*