**PRIJAVNI OBRAZEC**

**O IZPOLNJEVANJU POGOJEV IN SPOSOBNOSTI ZA IZVAJANJE**

**STORITEV ZAPOSLITVENE REHABILITACIJE ZA OBDOBJE OD 2021 DO VKLJUČNO 2027**

**ZA OBMOČNO SLUŽBO ZAVODA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZAPOSLOVANJE VELENJE**

**Naziv ponudnika:** **,**

**Vsebina prijavnega obrazca:**

1. Podatki o ponudniku
2. Prijava strokovnih timov zaposlitvene rehabilitacije
3. Strokovni delavci strokovnih timov
4. Prostori za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije
5. Izkušnje na področju rehabilitacije, usposabljanja ali zaposlovanja
6. Izkaz uspeha
7. Dokazila

**Priloge k prijavnem obrazcu:**

* Priloga št. 1: Podatki o strokovnem delavcu,
* Priloga št. 2: Podatki o strokovnem timu – TDZ in O (izpolnijo in priložijo ponudniki, ki prijavljajo strokovni tim TDZ in O),
* Priloga št. 3: Podatki o strokovnem timu – razširjen TDZ in O (izpolnijo in priložijo ponudniki, ki prijavljajo razširjen strokovni tim TDZ in O),
* Priloga št. 4: Prostori za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije,
* Priloga št. 5: Projekcija finančnega poslovanja strokovnega tima.

|  |
| --- |
| **POMEMBNO!**  Prijavni obrazec je potrebno izpolniti v celoti.  Prijavni obrazec mora biti podpisan in žigosan.  Pri izpolnjevanju prijavnega obrazca upoštevajte vsa navodila in uporabljajte izvirno obliko obrazca ter ne spreminjajte oblikovanja. Enako velja za vse priloge k prijavnem obrazcu. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PODATKI O PONUDNIKU** | |
| 1. Naziv ponudnika: |  |
| 1. Naslov: | ulica in hišna številka:  poštna številka in kraj:  občina: |
| 1. Matična številka: |  |
| 1. Davčna številka: |  |
| 1. Kontaktni podatki: | telefonska številka:  elektronski naslov: |
| 1. Številka poslovnega računa (TRR) in naziv banke: | številka SI56  odprt pri (vpišite banko): |
| 1. Pravnoorganizacijska oblika (podatki iz AJPES-a): |  |
| 1. Odgovorna oseba ponudnika: | ime in priimek:  funkcija:  telefonska številka:  elektronska pošta: |
| 1. Zastopnik ponudnika: | ime in priimek:  funkcija:  telefonska številka:  elektronska pošta: |
| 1. Skrbnik pogodbe o koncesiji oz. pogodbe o izvajanju zaposlitvene rehabilitacije: | ime in priimek:  funkcija:  telefonska številka:  elektronska pošta: |

|  |
| --- |
| 1. **PRIJAVA STROKOVNEGA TIMA ZAPOSLITVENE REHABILIACIJE** |
| **POMEMBNO!**  **V tabelo II. »Prijava strokovnega tima« vpišite strokovni tim, ki ga prijavljate. Strokovni tim oblikujte v skladu z Mrežo izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije za obdobje od 2021 do 2027.**  Številka strokovnega tima:   * Strokovni tim označite **s številko 1 in se imenuje »strokovni tim št. 1«, če je to vaš edini strokovni tim za zaposlitveno rehabilitacijo, upoštevajoč tudi zaključek Javnega natečaja za podelitev koncesij in izbor strokovnih timov za izvajanje storitev zaposlitvene rehabilitacije za obdobje od 2021 do 2027 z dne 16. 10. 2020 (Uradni list RS, št. 145/20).** Če ste na podlagi navedenega javnega natečaja bili uspešni in prijavljate strokovni tim na podlagi novega javnega natečaja – le za Območno službo Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje Velenje, označite strokovni tim s številko, ki je naslednja številka od že izbranega/ih strokovnega/ih tima/ov.   Možen obseg strokovnega tima ter obseg delovanja v dneh oz. urah na teden:   * 0,6 strokovnega tima: deluje 3 dni v tednu ali 24 ur na teden.   Ciljni skupini invalidov:   * osebe s težavami v duševnem zdravju (oznaka **TDZ** oz. strokovni tim TDZ), * vse ostale osebe, ki potrebujejo storitve zaposlitvene rehabilitacije (oznaka **O** oz. strokovni tim O).   Vrsti strokovnih timov, ki jih je možno oblikovati glede na ciljni skupini invalidov:   * strokovni tim za ciljni skupini TDZ in O (oznaka: **TDZ in O**), * razširjen strokovni tim za ciljni skupini TDZ in O (oznaka: **razširjen TDZ in O**).   Območna službe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje (OS ZRSZ):   * **VE** - OS ZRSZ Velenje.   **Pri strokovnem timu v tabeli II. vpišite:** vrsto strokovnega tima glede na ciljno skupino invalidov (TDZ in O ali razširjen TDZ in O).  Sestava strokovnega tima zaposlitvene rehabilitacije:  Strokovni tim zaposlitvene rehabilitacije v skladu z 9. členom ZZRZI sestavljajo strokovni delavci oziroma strokovne delavke (v nadaljnjem besedilu: strokovni delavci) z univerzitetno, visoko oziroma višjo strokovno izobrazbo medicinske, pedagoške, psihološke, sociološke, socialne ali druge ustrezne usmeritve in z znanji s področja rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva, pridobljenimi s specializacijo, dodatnim izobraževanjem ali usposabljanjem.  Vodja strokovnega tima:  V strokovnem timu se določi strokovnega delavca, ki je vodja celotnega strokovnega tima. Vodja strokovnega tima, poleg nalog strokovnega delavca, koordinira potek in izvajanje zaposlitvene rehabilitacije. Vodja strokovnega tima mora biti pri ponudniku zaposlen in ne more biti strokovni delavec, ki je po izobrazbi zdravnik, specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik, specialist psihiatrije.  Delovnopravna oblika dela strokovnih delavcev:  Strokovni delavci morajo biti pri ponudniku v delovnem razmerju. Strokovni delavci, ki so zdravniki, specialisti medicine dela, prometa in športa ali zdravniki, specialisti psihiatrije, pa lahko v strokovnem timu sodelujejo tudi po podjemni pogodbi ali pogodbi o poslovnem sodelovanju, pri čemer mora biti pogodba sklenjena pred začetkom opravljanja del (izvajanjem storitev zaposlitvene rehabilitacije) ter vsebinsko in časovno jasno opredeljena. V pogodbi mora biti opredeljeno plačilo za delo, ki se izvede na podlagi potrjenega poročila o delu in izvedenega obračuna.  **Obseg zaposlitve oz. dela posameznega strokovnega delavca v strokovnem timu**, ki ni zdravnik, specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik, specialist psihiatrije, **mora biti najmanj 10 ur na teden, ne glede na obseg strokovnega tima.**  Delovne izkušnje strokovnih delavcev:  Strokovni delavci morajo imeti vsaj tri leta delovnih izkušenj na področju zaposlitvene rehabilitacije ali na sorodnih področjih in reference za delo s ciljno skupino invalidov ter se morajo v skladu z 9. členom ZZRZI strokovno izobraževati in pridobivati nova znanja s področja zaposlitvene rehabilitacije.  Poznati morajo osnovne značilnosti ciljne skupine invalidov, biti usposobljeni za izvajanje metod in tehnik za ciljne skupine ter imeti izkušnje pri delu z njimi. Ponudnik mora poznavanje dela strokovnih delavcev s ciljnimi skupinami dokazovati z referencami oziroma usposobljenostjo za delo s ciljno skupino.  Oblikovanje strokovnega tima glede na ciljni skupini invalidov:   |  |  | | --- | --- | | **Strokovni tim**  **za ciljni skupini TDZ in O** | **Razširjen strokovni tim**  **za ciljni skupini TDZ in O** | | (en polni strokovni tim oziroma strokovni tim z obsegom 1) | (en polni strokovni tim oziroma strokovni tim z obsegom 1) | | Sestavljen mora biti iz najmanj **petih (5)** različnih strokovnih delavcev strokovnih izobrazb v skladu z 9. členom ZZRZI | Sestavljen mora biti iz najmanj **šestih (6)** različnih strokovnih delavcev strokovnih izobrazb v skladu z 9. členom ZZRZI | | **4** strokovni delavci strokovnih izobrazb v skladu z 9. členom ZZRZI (obvezno mora biti v strokovnem timu psiholog in delovni terapevt) | **4** strokovni delavci strokovnih izobrazb v skladu z 9. členom ZZRZI (obvezno mora biti v strokovnem timu psiholog in delovni terapevt) | | **0,25** zdravnika, specialista medicine dela, prometa in športa | **0,25** zdravnika, specialista medicine dela, prometa in športa | |  | **0,15** zdravnika, specialista psihiatrije | | Skupaj **4,25** strokovnih delavcev | Skupaj **4,4** strokovnih delavcev | | Največ je lahko v strokovnem timu sedem (7) različnih oseb | Največ je lahko v strokovnem timu devet (9) različnih oseb | |

**Tabela II.: Prijava strokovnega tima**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Strokovni tim št.:** | **Obseg strokovnega tima:**  0,6 | **Vrsta strokovnega tima glede**  **na ciljne skupine invalidov:**  TDZ in O,  razširjen TDZ in O | **Območna služba ZRSZ:** |
|  | 0,6 |  | VE |

|  |
| --- |
| **POMEMBNO!**  **Glede na vrsto strokovnega tima, ki ga prijavljate, izpolnite ustrezno prilogo k prijavnemu obrazcu, in sicer, če prijavljate:**   * **strokovni tim TDZ in O**, izpolnite prilogo št. 2: Podatki o strokovnem timu - TDZ in O; * **razširjen strokovni tim TDZ in O**, izpolnite prilogo št. 3: Podatki o strokovnem timu - razširjen TDZ in O. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **STROKOVNI DELAVCI STROKOVNEGA TIMA**   Vpišite vse strokovne delavce, ki jih prijavljate v strokovnem timu. Podatki pri posameznem strokovnem delavcu se morajo ujemati s podatki, ki jih boste vpisali v obrazec - Priloga št. 1 »Podatki o strokovnem delavcu«. Naveden obrazec morate izpolniti za vsakega strokovnega delavca, ki ga prijavljate. | | | | | |
| **Zap. št.** | **Strokovni delavec**  (ime in priimek): | **Izobrazba** (smer, stopnja)**:** | Če strokovnega delavca **prijavljate kot vodjo** str. tima, vpišite vodja, sicer pustite prazno: | **Obseg dela na teden v urah v strokovnem timu**: | **V strokovnem timu bo v primeru izbora strokovnega tima:**   1. zaposlen za določen čas 2. zaposlen za nedoločen čas 3. delal po podjemni pogodbi 4. delal po pogodbi o poslovnem sodelovanju |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PROSTORI ZA IZVAJANJE ZAPOSLITVENE REHABILITACIJE – Prijava lokacij, kjer se prostori za izvajanje ZR nahajajo**   Vpišite vse lokacije, kjer prijavljate prostore za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije. Podatki pri posamezni lokaciji se morajo ujemati s podatki, ki jih boste vpisali v obrazec - Priloga št. 4 »Prostori za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije«. Naveden obrazec morate izpolniti za vsako lokacijo, ki jo prijavljate. | | | | |
| **Zap. št.** | **Lokacija, kjer se nahajajo prostori za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije**  (naslov: ulica in hišna številka, kraj): | **Območna služba ZRSZ, kjer se nahajajo prostori:** | **Prepoznavnost v lokalnem okolju z realiziranimi** programi, aktivnostmi s področja rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva (vpišite število let in mesecev) - točka 8. Priloge št. 4: | **Predviden obseg delovanja v urah na teden glede na predviden urnik** - točka 5. Priloge št. 4: |
|  |  | VE |  |  |
|  |  | VE |  |  |
|  |  | VE |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **IZKUŠNJE NA PODROČJU REHABILITACIJE, USPOSABLJANJA ALI ZAPOSLOVANJA** |
| **1. Vpišite izkušnje z izvajanjem zaposlitvene rehabilitacije kot izvajalec zaposlitvene rehabilitacije in obdobje izvajanja storitev zaposlitvene rehabilitacije. Dokazila ni potrebno prilagati, ker je to razvidno iz dokumentacije MDDSZ.** |
|  |
| **2. Vpišite izkušnje na področju rehabilitacije, usposabljanja ali zaposlovanja z vsaj enim realiziranim programom na področju rehabilitacije, usposabljanja ali zaposlovanja. Vpišite tudi obdobje izvajanja navedenega programa oz. programov, če ste jih izvajali več. Če ste bili izvajalec zaposlitvene rehabilitacije, kar ste navedli pod točko 1. te tabele, se le to šteje za izkušnje in dokazil ni potrebno prilagati. Za vse ostale programe, morate priložiti kopije dokazil.** |
|  |
| **3. Vpišite izkušnje z izvajanjem programov vseživljenjske karierne orientacije (VKO), če ste jih izvajali, in sicer vpišite le tiste, ki ste jih izvajali le za brezposelne osebe in osebe iz ciljne skupine javnega natečaja. Vpišite tudi obdobje izvajanja navedenih programov. Priložite kopije dokazil iz katerih je razvidna tudi ciljna skupina udeležencev navedenih programov.** |
|  |
| **4. Vpišite mednarodne projekte s področja rehabilitacije, usposabljanja ali zaposlovanja na katerih ste sodelovali s partnerji iz drugih držav in za katera ste pridobili finančna sredstva. Navedite razlog sodelovanja in ključne naloge, aktivnosti ter obdobje sodelovanja. Priložite kopije dokazil.** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **IZKAZ USPEHA** |
| **Izkaz uspeha v letih 2017, 2018, 2019:** |
| Označite leta, za katera izkazujete pozitivno poslovanje:  2017  2018  2019 |

|  |
| --- |
| 1. **DOKAZILA** |
| **POMEMBNO!**  **K izpolnjenem obrazcu št. 2 »Prijavni obrazec« priložite:**   1. javni zavodi priložite fotokopijo prve strani temeljnega akta in fotokopijo izvlečka temeljnega akta, iz katerega je razvidno, da imate opredeljeno dejavnost izvajanja storitev zaposlitvene rehabilitacije,   druge pravne ter fizične osebe priložite fotokopijo prve strani temeljnega akta in fotokopijo izvlečka temeljnega akta, iz katerega je razvidno, da ste registrirani v skladu z Uredbo pod N78 Zaposlovalne dejavnosti ali P85.5 Drugo izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje ali Q88 Socialno varstvo brez nastanitve (9.1. točka javnega natečaja);   1. dokazila o izkušnjah na področju rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva z vsaj enim realiziranim programom na področju rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva (priložijo le ponudniki, ki v obdobju od 2014 do vključno decembra 2020 niso bili izvajalci zaposlitvene rehabilitacije) (9.8. točka javnega natečaja); 2. seznam delodajalcev, pri katerih ste od 1. 1. 2014 do vključno decembra 2020 vsako leto realiziral vsaj eno usposabljanje ali zaposlitev oseb iz ciljne skupine javnega natečaja in ki vsebuje naslednje podatke: naslov delodajalca, kontaktna oseba delodajalca, telefon, število realiziranih usposabljanj ali zaposlitev oseb iz ciljne skupine javnega natečaja in na katerih področjih dejavnosti so bila realizirana usposabljanja ali zaposlitve (9.9. točka javnega natečaja).   **V kolikor ste izpolnili točki pod V.3 in/ali V.4 tega obrazca, priložite:**   1. kopije dokazil z izvajanjem programov vseživljenjske karierne orientacije (VKO) za brezposelne osebe in/ali za osebe iz ciljne skupine javnega natečaja, če ste jih izvajali (iz dokazil mora biti razvidna ciljna skupina); 2. kopije dokazil o sodelovanju na mednarodnih projektih s področja rehabilitacije, usposabljanja ali zaposlovanja s partnerji iz drugih držav, za katera ste pridobili finančna sredstva.   **Za dokazovanje pozitivnega poslovanja, priložite:**   1. dokazila, da izkazujete pozitivno poslovanje (za leta 2017, 2018, 2019). |
| **POPIS DOKAZIL k obrazcu št. 2 (dokazila priložite po enakem vrstnem redu kot jih navajate):** |
|  |

Datum:       Podpis odgovorne osebe:

Žig