**PROSTORI ZA IZVAJANJE ZAPOSLITVENE REHABILITACIJE**

**Naziv ponudnika:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Strokovni tim št.:**  |  |
| **1. Lokacija, kjer se nahajajo prostori za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije** (naslov): | ulica in hišna številka:      poštna številka in kraj:      občina:  |
| **2. Telefonska številka na navedeni lokaciji:**  |       |
| **3.** **Vrsta strokovnega tima glede na ciljne skupine invalidov na navedeni lokaciji** (ustrezno označite)**:**  [ ]  TDZ in O [ ]  razširjen TDZ in O  |
| **4.** **DOSTOPNOST DO LOKACIJE (PROSTOROV) Z JAVNIMI PREVOZNIMI SREDSTVI**  |
| **4.1. Ustrezno označite. Dostop do prostorov je možen na naslednji način:**  |
| **[ ]** dostop do prostorov je možen z vlakom, oddaljenost prostorov do železniške postaje je (vpišite oddaljenost od železniške postaje do prostorov v m oz. km – upoštevajte le urejene poti):      [ ]  dostop do prostorov je možen z avtobusom, oddaljenost prostorov do avtobusne postaje je (vpišite oddaljenost od avtobusne postaje do prostorov v m oz. km – upoštevajte le urejene poti):      [ ]  dostop do prostorov je možen z osebnim vozilom z možnostjo parkiranja na parkirnem prostoru za invalide [ ]  dostop do prostorov je možen z osebnim vozilom brez možnosti parkiranja na parkirnem prostoru za invalide  |
| **4.2. Navedite pogostost javnih prevoznih sredstev v delovnem času (navedite spletno povezavo do voznega reda oziroma ga priložite) ter po potrebi obrazložite predhodno označene možnosti dostopa do prostorov. K razpisni dokumentaciji priložite fotografije parkirnih prostorov za invalide, če so le ti zagotovljeni.** |
|       |
| **5. PREDVIDEN URNIK izvajanja storitev zaposlitvene rehabilitacije na navedeni lokaciji (dan, od - do):**  |
| **Obseg strokovnega tima:** | **Ponedeljek**(od – do): | **Torek**(od – do): | **Sreda**(od – do): | **Četrtek**(od – do): | **Petek**(od – do): | **Skupaj obseg delovanja v urah na teden:** |
|       |       |       |       |       |       |  |
| Če bo strokovni tim v prijavljenem obsegu izvajal storitve zaposlitvene rehabilitacije na več lokacijah, pojasnite kako se bo le to izvajalo (predvideno število ur na teden na posamezno lokacijo).  |
|       |
| **6.** **OPIS PROSTOROV ZA IZVAJANJE ZAPOSLITVENE REHABILITACIJE** |
| **6.1. Naštejte vse prostore za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije, vključno s sanitarijami. Za vsak prostor navedite kvadraturo** (v m2)**, namembnost ter tehnično opremljenost prostorov glede na ciljne skupine invalidov, ki jih prijavljate in glede na predpise, ki urejajo varstvo pri delu**. Vpišite tudi v katerem nadstropju se prostori nahajajo in kako je urejen dostop po stopnišču za funkcionalno ovirane osebe. |
|  |
| **Ustrezno označite, nato opišite:** [ ]  prostori v celoti zagotavljajo neoviran dostop, vstop in uporabo prostorov, kjer se bodo storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajale, brez grajenih in konstrukcijskih ovir funkcionalno oviranim osebam. Sanitarije **so** prilagojene invalidom na vozičkih.[ ]  prostori delno zagotavljajo neoviran dostop, vstop in uporabo prostorov, kjer se bodo storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajale, brez grajenih in konstrukcijskih ovir funkcionalno oviranim osebam. Sanitarije **so** prilagojene invalidom na vozičkih. [ ]  prostori delno zagotavljajo neoviran dostop, vstop in uporabo prostorov, kjer se bodo storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajale, brez grajenih in konstrukcijskih ovir funkcionalno oviranim osebam. Sanitarije **niso** prilagojene invalidom na vozičkih.  |
| **Opišite kako prostori zagotavljajo neoviran dostop, vstop in uporabo prostorov, kjer se bodo storitve zaposlitvene rehabilitacije izvajale, brez grajenih in konstrukcijskih ovir funkcionalno oviranim osebam.**Priložite tlorise in fotografije vseh prostorov ter vstop (vhod) v stavbo (prostore) in dostop do prostorov (parkirna mesta za invalide). |
|       |
| **6.2. Prostori so** *(označite in dopišite):* |
| [ ]  v naši lasti (priložite kopijo dokazila o lastništvu)[ ]  v solastništvu z (vpišite solastnike):       (priložite kopijo dokazila)[ ]  v najemu z (vpišite najemodajalca in njegov naslov):       ter višino najemnine na mesec ali na m2:       |
| **6.3. Vpišite ali se v prostorih, v katerih se bodo izvajale storitve zaposlitvene rehabilitacije oziroma na istem naslovu izvajajo oziroma se bodo izvajali tudi drugi programi, katerih izvajalec ste vi ali pa je izvajalec druga pravna ali fizična oseba (vpišite izvajalca, tudi, če ste vi). Vpišite tudi kdaj se drugi programi izvajajo in povezanost določenih prostorov (npr. sanitarije, garderoba, hodnik, itd.) z izvajanjem drugih programov:** |
|       |
| **7. ORGANIZACIJA DELA na navedeni lokaciji****Opišite kako bo organizirano delo strokovnega tima na lokaciji glede na urnik in kako boste zagotavljali izvajanje splošnih služb (administracija, računovodstvo, čiščenje, vzdrževanje in podobno):** |
|       |
| **8. PREPOZNAVNOST V LOKALNEM OKOLJU****Vpišite kako ste prepoznavni v lokalnem okolju z realiziranimi programi, aktivnostmi s področja rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva. Vpišite obdobje izvajanja programov** **od-do** (mesec, leto)**, navedbo programa, ciljne skupine za katere ste programe izvajali. Navajajte le programe, ki so bili realizirani in ki jih lahko izkazujete s fotokopijami dokazil (npr. pogodba o izvajanju…).**  |
|       |
| **POMEMBNO!** **K izpolnjeni prilogi št. 5 »Prostori za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije« priložite naslednja dokazila:**1. 9.7. točka javnega natečaja:
* fotokopije načrtov prostorov - tlorisi, ki so označeni na mestih, kjer se bo zaposlitvena rehabilitacija izvajala,
* fotokopije pogodb o lastništvu, solastništvu oziroma najemu prostorov,
* fotokopije dokumentov o uporabnem dovoljenju prostorov,
* fotografije vseh prostorov, v katerih se bo zaposlitvena rehabilitacija izvajala in iz katerih je razviden dostop, vstop in uporabo prostorov za funkcionalno ovirane osebe ter
* fotografije parkirnih prostorov za invalide, če so le ti zagotovljeni.

**Dodatno priložite, če z navedenimi dokazili razpolagate:** 1. Fotokopije dokazil o prepoznavnosti v lokalnem okolju z realiziranimi programi, aktivnostmi s področja rehabilitacije, zaposlovanja ali invalidskega varstva (npr. pogodba o izvajanju…).
2. Vozni red javnih prevoznih sredstev (lahko tudi spletno povezavo do voznega reda).
 |
| **POPIS DOKAZIL k prilogi št. 4 (dokazila priložite po enakem vrstnem redu kot jih navajate):** |
| 1.
2.
3.
4.
5.
6.
 |

Datum:       Podpis odgovorne osebe:

 Žig