**ZP.271.9.2024 Załącznik nr 7 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ..............................................................................................................................

Numer telefonu: ………………….… Numer faxu: …............................. e-mail:……………..………

Regon: ……………………………………… NIP: ..................................................

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Realizacja usług według Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego– edycja 2025– 2 edycja, świadczona na zasadach zgodnych z Programem MRiPS finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego***

oświadczam, co następuje:

**Oświadczenie**

Oświadczam, że **posiadam status (należy podkreślić jedną z niżej wymienionych ):**

1. **wykonawcy jako zakładu pracy chronionej,**
2. **spółdzielni socjalnej**
3. **innego podmiotu, którego głównym celem działalności lub działalności ich wyodrębnionych organizacyjnie jednostek, które będą realizowały zamówienie, jest społeczna i zawodowa integracja osób społecznie marginalizowanych w szczególności:**

**1) osób niepełnosprawnych,**

**2) bezrobotnych,**

**3) osób poszukujących pracy, niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej,**

**4) osób usamodzielnianych,**

**5) osób pozbawionych wolności lub zwalnianych z zakładów karnych mających trudności w integracji ze środowiskiem,**

**6) osób z zaburzeniami psychicznymi,**

**7) osób bezdomnych,**

**8) osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą,**

**9) osób do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, posiadających status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia,**

**10) osób będących członkami mniejszości znajdującej się w niekorzystnej sytuacji, w szczególności będących członkami mniejszości narodowych i etnicznych**

Oświadczam, że procentowy wskaźnik zatrudnienia osób należących do jednej lub więcej kategorii, o których mowa w pkt 1–10(powyżej ), jest nie mniejszy niż 30% osób zatrudnionych u wykonawcy albo w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie

Procentowy wskaźnik zatrudnienia osób należących do jednej lub więcej kategorii, o których mowa w pkt 1–10(powyżej ) wynosi:………………………..(wpisać)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

………………………………………………………………

 Podpis