

## ZAKRES ZADAŃ WYKONAWCY

### 1. Wprowadzenie

1. Niniejsze zlecenie realizowane jest w ramach projektu koncepcyjnego UE POWER „**Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy**”, testującego nową na polskim rynku formułę kompleksowej rehabilitacji. Projekt jest wdrażany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym. Realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Rehabilitacja kompleksowa jest to nowatorskie na gruncie polskim rozwiązanie, mające na celu ułatwienie podjęcia lub powrotu do aktywności społecznej i zawodowej osób, które wskutek urazu lub choroby w różnych okresach życia straciły zdolność do pracy.
3. Model rehabilitacji kompleksowej ma stanowić nowe rozwiązanie w polskim systemie zabezpieczenia społecznego mające na celu ułatwienie podjęcia lub powrotu do aktywności społecznej i zawodowej osób, które wskutek zdiagnozowanej choroby, doznanego urazu, niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej w okresie rozwojowym w różnych okresach życia utraciły zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie. Intencją projektu jest wypracowanie założeń dla **całościowego systemu wsparcia aktywizującego** osoby, którym ograniczenia funkcjonalne w następstwie zdiagnozowanej choroby, doznanego urazu, niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej w okresie rozwojowym uniemożliwiają aktywność zawodową i ułatwić im podjęcie lub powrót do aktywności społecznej lub zawodowej.
4. W efekcie realizacji projektu mają zostać opracowane:
  - rekomendacje do systemowego wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji,
  - projekt zmian w ustawodawstwie, który zostanie przekazany odpowiednim instytucjom systemu zabezpieczenia społecznego,
  - ocena skutków wprowadzenia modelu do systemu zabezpieczenia społecznego, w szczególności dotyczącej wpływu wprowadzenia modelu na sytuację osób z niepełnosprawnością.
5. W okresie od marca do września 2018 roku zespół ekspertów opracował wstępną wersję Modelu rehabilitacji kompleksowej. Model rehabilitacji kompleksowej jest pilotażowo wdrażany w 4 Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej (ORK), począwszy od września 2019.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy  
6. W pilotażu w skali całego kraju weźmie udział 600 osób, po 50 uczestników rocznie w każdym z 4 Ośrodków Rehabilitacji Kompleksowej (ORK).

7. Kompleksowa rehabilitacja w ORK obejmie 3 moduły: zawodowy (doradztwo zawodowe, szkolenia potwierdzone certyfikatami, pośrednictwo pracy), medyczny oraz psychospołeczny (wsparcie społeczno-psychologiczne grupowe i indywidualne).

8. Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej będzie realizował zadania zgodnie z następującą formułą:

- Dwutygodniowy okres próbny: przyjęcie Uczestnika do ORK, ocena kompetencji zawodowych każdego Uczestnika w oparciu o klasyfikację ICF oraz Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR) dla każdego Uczestnika i podpisanie zgody na realizację IPR, stanowiącej umowę na realizację rehabilitacji kompleksowej. Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu trzech modułów: medycznego, zawodowego oraz psychospołecznego;
- Realizacja rehabilitacji kompleksowej: moduł zawodowy, moduł psychospołeczny oraz moduł medyczny;
- Wsparcie porehabilitacyjne.

9. Rozmieszczenie pilotażowych ośrodków kompleksowej rehabilitacji wynika z przyjętego na potrzeby projektu podziału obszaru Polski na 4 makroregiony:

Rysunek 1. Zasięg terytorialny ORK



Źródło: Opracowanie własne

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

## 2. Cele i zakres zadań

**Celem zamówienia jest nabór 4 lekarzy orzekających** (po jednym w każdym makroregionie), którzy będą mogli wykonywać usługi diagnozy psychologicznej w ramach procesu rekrutacji i kwalifikacji uczestników do kompleksowej rehabilitacji w Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej.

**Zakłada się, że w trakcie trwania zamówienia zostanie wydanych 240 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji kompleksowej, w tym zostanie przeprowadzonych 240 orzeczeń lekarskich.**

**Zamówienie jest podzielone na 4 części:**

Lp.	Województwo	Planowana ilość orzeczeń lekarskich
<b>CZĘŚĆ 1.</b>	<b>MAKROREGION 1:</b> zachodniopomorskie (Szczecin), pomorskie (Gdańsk), kujawsko-pomorskie (Toruń/Bydgoszcz), wielkopolskie (Poznań)	<b>20</b>
<b>CZĘŚĆ 2.</b>	<b>MAKROREGION 2:</b> lubuskie (Zielona Góra), dolnośląskie (Wrocław), opolskie (Opole), śląskie (Katowice)	<b>70</b>
<b>CZĘŚĆ 3.</b>	<b>MAKROREGION 3:</b> warmińsko-mazurskie (Olsztyn), podlaskie (Białystok), mazowieckie (Warszawa), łódzkie (Łódź)	<b>120</b>
<b>CZĘŚĆ 4.</b>	<b>MAKROREGION 4:</b> lubelskie (Lublin), świętokrzyskie (Kielce), podkarpackie (Rzeszów), małopolskie (Kraków).	<b>30</b>

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy  
Zamawiający zapewnia transport członków komisji do oddziałów PFRON, w których będzie przeprowadzana komisja kwalifikacyjna.

### Główne zadania Wykonawcy:

**1. Udział w bezpłatnym szkoleniu przygotowawczym** – przed przystąpieniem do kwalifikacji uczestników do pilotażu, Wykonawca zobowiązany będzie do odbycia szkolenia przygotowawczego, prowadzonego przez ekspertów Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, partnera projektu. Program szkolenia będzie obejmował m.in. zagadnienia z zakresu:

- celu i głównych założeń modelu rehabilitacji kompleksowej;
- organizacji funkcjonowania ośrodków rehabilitacji kompleksowej, w tym programu rehabilitacji kompleksowej;
- systemu pojęciowego Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF, jako klasyfikacji wspomagającej ocenę osób badanych;
- kryteriów kwalifikacji uczestników do pilotażu rehabilitacji kompleksowej, w tym:
  - zasad orzekania o potrzebie rehabilitacji kompleksowej;
  - trybu postępowania przy orzekaniu o potrzebie rehabilitacji kompleksowej;
  - rekomendowanej dokumentacji procesu kwalifikacji uczestników oraz zasad obiegu dokumentacji w sprawach osób zakwalifikowanych do pilotażu.

Odbycie szkolenia jest warunkiem bezwzględnym świadczenia usługi. <sup>1</sup>

**2. Dokonywanie wstępnej kwalifikacji do udziału w pilotażu ORK** w ramach postępowań prowadzonych w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – w Oddziałach PFRON. Lekarz orzekający dokonuje wstępnej kwalifikacji do pilotażu ORK według następującej formuły:

- 1) Lekarz orzekający, kwalifikując uczestników do pilotażu, dokonuje oceny niezdolności do pracy, poprzez przeprowadzenie szczegółowego badania, umożliwiającego określenie sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej do wykonywania pracy oraz ocenę możliwości poprawy tej sprawności po przeprowadzeniu rehabilitacji kompleksowej. Przy wydawaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej będą brane pod uwagę: rodzaj schorzenia, przebyte urazy i choroby, dynamika procesu chorobowego, stopień uszkodzenia struktur

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy i funkcji organizmu i ich wpływ na aktywność i uczestnictwo we wszystkich obszarach życia osoby badanej, z uwzględnieniem czynników osobniczych i środowiskowych, takich jak warunki życiowe, sytuacja społeczna, rodzinna i zawodowa oraz aktywności w czasie wolnym. Ocena niezdolności do pracy oraz zachowanych sprawności będzie prowadzona z zastosowaniem metodologii opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF, ponieważ tylko ocena funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością w modelu biopsychospołecznym w interakcji ze środowiskiem pozwala na kompleksową ocenę udziału w życiu społecznym i zawodowym. W kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej do oceny sprawności badanego wybrano 3 obszary tj.:

- komunikację,
  - aktywność w życiu codziennym,
  - podstawowe umiejętności i przystosowanie.
- 2) Po ustaleniu, że osoba badana jest niezdolna do pracy, rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji kompleksowej, jest zdolna do samodzielnej egzystencji i nauki nowego zawodu oraz wykazuje motywację do uczestnictwa w pilotażu rehabilitacji kompleksowej, lekarz orzekający zapoznaje badanego z Regulaminem rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji, przekazuje do wypełnienia formularz zgłoszeniowy do udziału w rehabilitacji kompleksowej oraz oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej i wyrażeniu zgody na przekazanie jego danych osobowych do ORK i PFRON.
- 3) Następnie psycholog przeprowadza diagnozę psychologiczną osoby badanej celem oceny:
- potencjału umysłowego/intelektualnego (do uczenia się nowej wiedzy i umiejętności);
  - osobowości/akceptacji stanu, gotowości do zmiany, celów jakie uczestnik chce osiągnąć uczestnicząc w kompleksowej rehabilitacji;
  - motywacji uczestnika do zaangażowania w program kompleksowej rehabilitacji.
- Psycholog dokonuje tej oceny przy pomocy formularza opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej.
- 4) Lekarz orzekający po zapoznaniu się z opinią psychologa i dokonaniu ostatecznej kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej wpisuje wnioski w sekcji III **Karty oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej** i wydaje **orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej** oraz przekazuje tej osobie zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej. Dokumentacja jest przekazywana do PFRON, za pośrednictwem upoważnionej osoby z Zespołu.
- 5) W postępowaniach związanych z kwalifikowaniem uczestników do pilotażu wykorzystane zostaną zasoby (w szczególności: gabinety lekarskie, ich wyposażenie, sprzęt, pokoje

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy biurowej), którymi dysponują instytucje / podmioty uczestniczące w procesie kwalifikowania uczestników do pilotażu.

**3. Wykonawca jest zobowiązany do stosowania dokumentacji**, która stanowi załączniki do niniejszego materiału, obejmującej:

- „Wniosek o rehabilitację kompleksową”
- „Formularz oceny niezdolności do pracy w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”
- „Karta oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej”
- „Formularz opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”
- „Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej”
- „Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej”
- „Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej”.

Przewidywany czas realizacji kwalifikacji przez lekarza orzekającego to ok. 1 godzina (łącznie z wypełnieniem dokumentów).

Informacja o potrzebie rehabilitacji kompleksowej powinna zostać przekazana do PFRON tego samego dnia lub najpóźniej następnego dnia roboczego przypadającego po dniu wydania.

Usługa może być świadczona w każdym z miast wojewódzkich należących do danego Makroregionu, w oddziale PFRON.

### 3. Grupa docelowa

1. Do rehabilitacji kompleksowej będą kwalifikowane osoby z niepełnosprawnościami, które wskutek doznanego urazu lub choroby w różnych okresach życia straciły zdolność do pracy w dotychczasowym oraz osoby z niepełnosprawnością wrodzoną, lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie funkcjonowały na rynku pracy i nie mają kwalifikacji zawodowych.
2. Do ORK będą kierowane osoby, które spełniają kryteria uczestnictwa w rehabilitacji kompleksowej tj.:
  - 2.1 stwierdzono u nich taki stopień naruszenia sprawności organizmu, który istotnie **ogranicza zdolność do pracy**, ale jednocześnie pozwala **na uczestniczenie w rehabilitacji**. Uczestnikami rehabilitacji kompleksowej mogą być jedynie **osoby zdolne do samodzielnej egzystencji**;

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

2.2 **rokujące powrót do pracy po odbyciu procesu rehabilitacji kompleksowej** w zakresie przywrócenia badanej osobie z niepełnosprawnościami aktywności zawodowej i uzyskanie przez nią poprawy aktywnego i twórczego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie;

2.3 zdiagnozowano u nich **motywację** do pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym. Niezbędny jest tu aktywny udział samego zainteresowanego od samego początku tego procesu, co jest wyrazem samostanowienia potrzebnego do osiągnięcia pozytywnego celu rehabilitacji i upodmiotowienia osoby z niepełnosprawnościami w procesie rehabilitacji;

2.4 **są w tzw. wieku produkcyjnym** - w dniu przystąpienia do kompleksowej rehabilitacji osoba taka powinna być w wieku umożliwiającym, po udziale w rehabilitacji kompleksowej, podjęcie zatrudnienia i utrzymanie go;

2.5 deklarują **chęć podjęcia pracy** w wymiarze co najmniej 0,5 etatu lub **prowadzenie działalności gospodarczej**.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz oceny niezdolności do pracy w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej

Załącznik nr 2 – Karta oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej

Załącznik nr 3 – Formularz opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej

Załącznik nr 4 – Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej

Załącznik nr 5 – Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

## Formularz oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej

*Rehabilitacja kompleksowa adresowana jest do osób niezdolnych do pracy w dotychczasowym/wyuczonym zawodzie ale mogących podjąć zatrudnienie w innym zawodzie, dostosowanym do ich stanu zdrowia.*

### 1. Informacje dotyczące osoby badanej

PESEL

Nazwisko (nazwiska)

Imię (imiona)

Data urodzenia

Płeć

Mężczyzna

Kobieta

### 2. Sporządzono na podstawie

2.1 Badania bezpośredniego w dniu

2.2 Dokumentacji medycznej

Lp.	Data dokumentacji medycznej	Specjalność lekarza	Czy dokumentacja jest dołączona ?

2.2.1. Rehabilitacja lecznicza przebyta:  Tak  Nie

Terminy, opis i wyniki rehabilitacji

### 2.3 Kwalifikacje zawodowe i zatrudnienie

2.3.1 Rodzaj ostatnio oraz wcześniej wykonywanej pracy według oświadczenia osoby badanej

lp.	Pracodawca, wykonywany zawód	OD	DO	Powód przerwania zatrudnienia



### 2.3.2 Wykształcenie/szkolenia

lp.	Szkoły i szkolenia	Uzyskany tytuł/ uprawnienia	Data zakończenia

2.3.3 Czy badana osoba nadal pracuje? Tak Nie

2.3.3.1 liczba godzin w ciągu dnia

2.3.4 Wydane orzeczenie o niezdolności do pracy Tak Nie

Data wydania..... data obowiązywania.....

Częściowa niezdolność do pracy / całkowita niezdolność do pracy

2.3.5 Zakończenie pracy w dniu

2.3.6 Powód zakończenia pracy

2.3.7 Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Tak Nie

Data wydania..... data obowiązywania.....

### 3. Historia choroby badanej osoby i dane o aktualnym stanie zdrowia

#### 3.1 Choroba powodująca ograniczenie zdolności do pracy

Lp.	Rozpoznanie	Data powstania schorzenia	Kod ICD-10

3.1.1 Aktualne dolegliwości

3.1.2 Lekarze, którzy obecnie leczą  
badaną osobę (specjalizacje)

3.1.3 Aktualnie przyjmowane leki  
(nazwy generyczne i dawkowanie)

3.1.4 Choroby współistniejące/  
przebyte operacje

### 3.2 Wypadki przy pracy/choroby zawodowe

3.2.1 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/ jest  
następstwem wypadku?

Tak Nie

3.2.1.1 Rodzaj wypadku

- w pracy
- w drodze do lub z pracy
- w szczególnych okolicznościach
- w czasie służby

3.2.1.2 Data wypadku

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

3.2.2 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/jest  
następstwem choroby zawodowej?

Tak Nie Nie wiadomo

	Rozpoznanie	Data stwierdzenia choroby zawodowej	Kod ICD-10

## 4. Główne ustalenia dotyczące funkcji i budowy ciała oraz stanu psychicznego

### 4.1 Stan ogólny

4.1.1 Wzrost  cm

4.1.2 Masa  kg

4.1.3 Wskaźnik masy ciała (BMI)

### 4.2 Zaburzenia lub utrata sprawności

Widzenie

Tak Nie

oko

Prawe Lewe

Ostrość wzroku

Tak Nie

oko

Prawe Lewe

Inne problemy z widzeniem

*opis*

Słuch

Tak Nie

ucho

Prawe Lewe

Zmiany organiczne utrudniające

Tak Nie

komunikowanie się

*opis*

Zaburzenia psychiczne utrudniające Tak Nie

komunikowanie się

*opis*

Napięcie mięśniowe (tonus) Tak Nie

Wybierz

- zwiększone  
- obniżone

- zwiększone  
- obniżone

Siła mięśni Tak Nie

Wybierz

- prawidłowa  
- zmniejszona

- prawidłowa  
- zmniejszona

Ruchy mimowolne Tak Nie

*opis*

**Zaburzenia w strukturach ciała** (krótki opis)

- Struktura układu nerwowego
- Oko, ucho i struktury powiązane
- Struktury związane z głosem i mową
- Struktura układu krążenia, odpornościowego i oddechowego
- Struktury układu trawiennego, układu wewnątrzwydzielniczego i struktury związane z metabolizmem
- Struktury układu moczowo-płciowego i struktury związane z rozrodem
- Struktury związane z ruchem
- Skóra i przydatki skóry

Uwagi dodatkowe

## 5. Aktywność

5.1. Czy nastąpiła zmiana (ograniczenie) aktywności w życiu codziennym Tak Nie

Czy zmiana w wykonywaniu codziennych czynności spowodowana jest upośledzeniem funkcji organizmu w przebiegu choroby powodującej niezdolność do pracy? Tak Nie

Jakie upośledzenie funkcji organizmu ogranicza wykonywanie czynności dnia codziennego?

5.2. Czy nastąpiła utrata sprawności w zakresie następujących funkcji (w tym ograniczenia czasowe w ich wykonywaniu):

5.2.1 Podstawowa aktywność ruchowa

Siedzenie

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

Stanie

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

Chodzenie

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

Inne niewymienione  
wcześniej czynniki związane  
z poruszaniem się (np. sprzęt  
pomocniczy, ortopedyczny)

Kłęknięcie/ kucanie

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.2 Tułów

Pozycja pochylona

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

Częste schylanie się lub  
skręcanie tułowia

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.3 Ramiona

Wyciąganie ramion

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

Unoszenie ramion

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

5.2.4 Ręce

Używanie rąk,  
posługiwanie się palcami rąk

Tak  Nie

*Opis upośledzenia sprawności*

Wykonywanie ruchów  
precyzyjnych  
*Opis upośledzenia sprawności*

Tak Nie

Wykonywanie  
powtarzalnych ruchów  
*Opis upośledzenia sprawności*

Tak Nie

Używanie siły rąk  
*Opis upośledzenia sprawności*

Tak Nie

5.2.4.5 Ręka dominująca

Prawa Lewa

### 5.3 Stan psychiczny - opisz upośledzenie sprawności organizmu w następującym zakresie

Choroba psychiczna Tak Nie  
*opis*

Znaczące zaburzenia osobowości  
*opis*

Tak Nie

Trudności w uczeniu się  
*opis*

Tak Nie

Nadużywanie alkoholu  
lub innych substancji  
*opis*

Tak Nie

Zmiany chorobowe lub  
pourazowe mózgu  
*opis*

Tak Nie

Zaburzenia pamięci  
*opis*

Tak Nie

Zaburzenia koncentracji  
*opis*

Tak Nie

Inne zaburzenia psychiczne,  
poznawcze lub intelektualne  
*opis*

Tak Nie

Jeśli odpowiedź na którekolwiek powyższe pytanie brzmi „Tak” odpowiedz na dodatkowe pytania dotyczące zdrowia psychicznego badanej osoby

Czy osoba badana miała objawy paranoidalne, urojenia, halucynacje lub inne wyraźne objawy, lub zachowania psychotyczne na przestrzeni ostatnich sześciu miesięcy?

Tak Nie

*opis*

Czy osoba badana wymaga stałej opieki lub nadzoru z wyżej wymienionych powodów?

Tak Nie

*opis*

Jak często jest badana przez psychiatrę?

#### 5.4 Badania dodatkowe

Spirometria

Nie Tak – zob. załącznik

EKG (spoczynkowe / wysiłkowe)

Nie Tak – zob. załącznik

USG metodą Dopplera

Nie Tak – zob. załącznik

USG

Nie Tak – zob. załącznik

Badanie rentgenowskie

Nie Tak – zob. załącznik

MRI i inne badania obrazowe

Nie Tak – zob. załącznik

Wyniki badań laboratoryjnych

Nie Tak – zob. załącznik

Inne badania i opinie specjalistów

Nie Tak – zob. załącznik

*opis*

#### 6. Wnioski dotyczące stanu zdrowia osoby badanej

6.1 Przebieg choroby

6.2 Opis naruszenia sprawności (funkcji)

## 7. Ocena zdolności do pracy

7.1. Zdolność do pracy jest ograniczona od

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

7.2. Stan organizmu badanej osoby uniemożliwia pracę w wyuczonym/wykonywanym dotychczas zawodzie nawet po odbyciu rehabilitacji medycznej.

Tak  Nie

7.3. Badana osoba wymaga przekwalifikowania zawodowego umożliwiającego podjęcie pracy w nowym zawodzie.

Tak  Nie

7.4. Badana osoba wymaga rehabilitacji medycznej aby móc wykonywać nowy zawód.

Tak  Nie

7.5. Stan zdrowia badanej osoby jest ustabilizowany i pozwala na udział rehabilitacji kompleksowej.

Tak  Nie

7.6. Rekomenduję badaną osobę do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej

Tak  Nie

### Uzasadnienie rekomendacji:

.....  
(miejsowość, data, pieczętka i podpis lekarza)

### <sup>1</sup> Informacja dla lekarza badającego i wypełniającego formularz:

1. Proszę przeprowadzić badanie podmiotowe i przedmiotowe badanej osoby oraz analizę dokumentów medyczno-zawodowych.
2. Proszę wynik badania i ocenę wpisać do poszczególnych punktów **Formularza w sprawie oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności** - służącego kwalifikacji uczestników do rehabilitacji kompleksowej.

W przypadku stwierdzenia (w punkcie 7.1.), że zdolność do pracy jest ograniczona, a rehabilitacja kompleksowa (zaznaczona w punkcie 7.2.) może tę zdolność poprawić, proszę wypełnić **Kartę oceny funkcjonalnej ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej** - służącej kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej.

## KARTA OCENY FUNKCJONALNEJ – ICF W MODELU REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

<b>Nr</b>	
<b>Data oceny</b>	
<b>Osoba wypełniająca kartę</b>	
<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Numer uczestnika w ORK</b>	

### SEKCJA I – informacja dla lekarza wypełniającego kartę oceny funkcjonalnej

Sekcja II Karty jest podzielona na 3 części: **Komunikację, Aktywność w życiu codziennym, Podstawowe umiejętności i przystosowanie.**  
Po przeprowadzeniu badania należy:

1. ocenić stopień ograniczenia w wykonywaniu przez badaną osobę określonych czynności,
2. ocenę zapisać w postaci liczby punktów, gdzie:
  - 0 punktów to BRAK problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)**
  - 1 punkt to NIEZNACZNY problem (niewielki, mały)**
  - 2 punkty to UMIARKOWANY problem (średni, spory)**
  - 3 punkty to ZNA CZNY problem (wielki, silny)**
  - 4 punkty to SKRAJNIE DUŻY problem (zupelny),**
3. punktację zapisać w odpowiedniej kolumnie (**Liczba punktów**) Sekcji II.

W ostatniej kolumnie Sekcji II (Kod ICF) zostały informacyjnie zamieszczone odpowiednie kody Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

W tej Karcie oceniamy aktywność i uczestniczenie badanego w różnych dziedzinach życia. Aktywność jest to wykonanie przez osobę zadania lub podjęcie działania, a uczestniczenie jest to angażowanie się osoby w określone sytuacje życiowe. Ograniczenia aktywności są to trudności, jakie osoba może mieć w podejmowaniu działań, a ograniczenia uczestniczenia są to problemy utrudniające angażowanie się w sytuacje życiowe. Aktywność i uczestniczenie w klasyfikacji ICF posiada dwa kwalifikatory, którymi możemy posłużyć się, określając stopień nasilenia problemu zdrowotnego, tj. wykonanie i zdolność.

Kwalifikator *wykonanie* opisuje, „co osoba robi” – w swoim aktualnym środowisku i warunkach społecznych: z urządzeniami wspomagającymi, pomocą osób trzecich lub barierami.

Kwalifikator *zdolność* używany jest w celu opisanie możliwości osoby, które nie są zwiększone przez urządzenia wspomagające lub pomoc innych osób (czyli co osoba „może zrobić”, niezależnie od środowiska).

W tym formularzu należy uwzględnić jedynie kwalifikator *wykonanie* z ogólną pięciostopniową (0- 4) skalą.

### SEKCJA II - OCENA FUNKCJONALNA W OPARCIU O KLASYFIKACJĘ ICF

Obszar	Problem do oceny	Liczba punktów	Kod ICF
<b>KOMUNIKACJA</b>			
1. Orientacja co do czasu, miejsca i własnej osoby	Czy badany jest zorientowany co do czasu, miejsca i własnej osoby?		b114 Funkcje orientacji
2. Porozumiewanie się werbalne	Czy badany ma kłopoty z rozumieniem mowy?		d310 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne
3. Porozumiewanie się werbalne	Czy badany ma kłopoty z mówieniem?		d330 Mówienie
4. Porozumiewanie pozawerbalne	Czy badany ma kłopoty z tworzeniem i rozumieniem wiadomości niewerbalnych?		d315 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości niewerbalne
5. Czytanie	Czy badany rozumie przeczytany tekst?		d325 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości pisane
6. Prowadzenie rozmowy	Czy badany potrafi przekazać swoje poglądy w rozmowie z jedną/ wieloma osobami?		d350 Rozmowa
7. Podstawowe kontakty międzyludzkie	Czy badany utrzymuje podstawowe kontakty międzyludzkie, ma znajomych, przyjaciół, spotyka się z nimi?		d710 Podstawowe kontakty międzyludzkie
8. Złożone kontakty międzyludzkie	Czy badany nawiązuje i utrzymuje kontakty z innymi ludźmi w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie?		d720 Złożone kontakty międzyludzkie

**Suma punktów w obszarze - Komunikacja:.....**



AKTYWNOŚĆ W ŻYCIU CODZIENNYM			
1. Zmiana pozycji ciała	Czy badany zmienia pozycję ciała bez trudności: przy wstawaniu, siadaniu, zginaniu się, i kładzeniu się?		d410Zmienianie podstawowej pozycji ciała
2. Utrzymywanie pozycji ciała	Czy badany może pozostawać w tej samej pozycji ciała przez dłuższy czas, np. podczas stania lub siedzenia?		d415 Utrzymywanie pozycji ciała
3. Poruszanie się poza domem na duże odległości	Czy badany porusza się samodzielnie na dłuższe dystanse tj. co najmniej 1 kilometr?		d4501 Chodzenie na duże odległości
4. Precyzyjne używanie ręki	Czy badany potrafi sprawnie posługiwać się przedmiotami?		d440 Precyzyjne używanie ręki
5. Zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych	Czy badany potrafi zadbać o wyposażenie domu i samodzielnie dokonać zakupów (np. żywności, napojów, odzieży, mieszkania)?		d610 Nabywanie miejsca zamieszkania d620 Nabywanie dóbr i usług
6. Zadania w gospodarstwie domowym	Czy badany potrafi samodzielnie przygotować posiłki?		d630 Przygotowywanie posiłków
7. Zadania w gospodarstwie domowym	Czy badany samodzielnie wykonuje podstawowe czynności domowe (np. pranie, sprzątanie, wynoszenie śmieci)?		d640 Wykonywanie prac domowych
8. Samodzielne pozostanie na kilka dni	Czy badany może samodzielnie pozostać na kilka dni?		d510-d650 Połączenie wielu zadań związanych z samoopieką i życiem domowym

Suma punktów w obszarze- Aktywność w życiu codziennym: .....

PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI I PRZYSTOSOWANIE			
1. Czytanie, pisanie, liczenie	Czy badany ma problem z czytaniem, pisanem i liczeniem?		d166 Czytanie d170 Pisanie d172 Liczenie
2. Gospodarowanie pieniędzmi	Czy badany potrafi robić zakupy, zna wartość pieniądza?		d860 Podstawowe transakcje finansowe
3. Używanie urządzeń elektronicznych	Czy badany posiada umiejętność korzystania z komputera?		d360 - Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się
4. Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	Czy badany ma ustalony rozkład zajęć i żyje według niego?		d230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć
5. Nabywanie umiejętności	Czy badany poszerza swoją wiedzę poprzez czytanie, uczenie się nowych umiejętności?		d155Nabywanie umiejętności d130 - d159 podstawy uczenia się d825 Szkolenie zawodowe
6. Rozwiązywanie problemów (prostych i złożonych)	Czy badany potrafi rozwiązywać problemy, korzystając z wcześniejszych doświadczeń?		d175 Rozwiązywanie problemów d177 Podejmowanie decyzji
7. Praca w zespole	Czy badany potrafi działać w zespołach, np. podejmować działania w grupie, podlegać nadzorowi.		d850 Zatrudnienie za wynagrodzeniem d855 Praca bez wynagrodzenia d740 Kontakty oficjalne
8. Dbłość o własne zdrowie	Czy badany należycie dba o własne zdrowie, poddaje się leczeniu i rehabilitacji?		d570 Troska o własne zdrowie
9. Motywacja	Czy badany jest zmotywowany do świadomego działania na rzecz zaspokajania potrzeb?		b1301 Motywacja

Suma punktów w obszarze - Podstawowe umiejętności i przystosowanie: .....

### SEKCJA III - KWALIFIKACJA DO KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI

- Po obliczeniu punktacji w każdym z 3 obszarów (**Komunikacji, Aktywności w życiu codziennym i Podstawowych umiejętności i przystosowania**) lekarz powinien ocenić, czy badany kwalifikuje się do kompleksowej rehabilitacji.
- Zasadą jest, że do rehabilitacji kompleksowej kwalifikuje się osobę, która uzyskała **nie więcej niż 10 punktów** w każdym z ocenianych obszarów kwestionariusza. **Oznacza to że jej stan zdrowia jest ustabilizowany i pozwala na udział w**



rehabilitacji kompleksowej: przekwalifikowaniu zawodowym, warsztatach psychospołecznych oraz rehabilitacji leczniczej.

3. Jeśli badany uzyska więcej niż 10 punktów z poszczególnych obszarów, a lekarz uzna, że ma wskazania do rehabilitacji kompleksowej, to powinien taką opinię wydać i uzasadnić swoje stanowisko. Rehabilitacja kompleksowa wymaga od Uczestnika dużego zaangażowania psychofizycznego, jeśli kandydat uzyskał więcej niż 10 pkt. w danym obszarze wysiłek związany z udziałem w procesie rehabilitacji kompleksowej może stanowić za duże obciążenie dla jego organizmu.

Pani/Pan ..... kwalifikuje się do kompleksowej rehabilitacji.  
(imię i nazwisko osoby badanej)

TAK  NIE

.....  
(miejsowość, data, pieczętka i podpis lekarza)

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

## FORMULARZ OPINII PSYCHOLOGA

Nr	
Data oceny	
Nazwisko psychologa	
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	

Przed przystąpieniem do badania psycholog zapoznaje się z oceną sporządzoną przez lekarza, łącznie z informacjami o dotychczasowym zatrudnieniu i wykształceniu.

Opinia psychologiczna<sup>1</sup>:

**A - potencjał umysłowy/intelektualny** (do uczenia się nowej wiedzy i umiejętności); zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, MINIMENTAL - *Krótką Skala Oceny Stanu Umysłowego* (MMSE), GHQ – *Ocena Zdrowia Psychicznego*. (ocena-wybrać)  
wystarczający                      ograniczony

Uzasadnienie oceny:

**B – dotychczasowe doświadczenie zawodowe, stosunek do pracy i aktywności zawodowej**; czy Kandydat jest w stanie określić swoje cele zawodowe i czy są one realne; zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad,

cele sformułowane/niesformułowane (brak)                      realne/nierrealne

Uzasadnienie oceny:

<sup>1</sup> Zapisy z wywiadu i rozmowy oraz wyniki zastosowanych testów stanowią załącznik konieczny przekazany do dokumentacji Kandydata



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

**C - osobowość/ akceptacja stanu, gotowość do zmiany, cele jakie uczestnik chce osiągnąć uczestnicząc w kompleksowej rehabilitacji;** zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, AIS-Skala Akceptacji Choroby (Niepełnosprawności), LOTR – Test Orientacji Życiowej, GSES – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, MHLC -Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, (ocena-zakreśl jeden z każdej pary)

akceptacja/brak akceptacji                      cele sformułowane/niesformułowane (brak)                      realne/nierealne

Uzasadnienie oceny:

**D - motywacja uczestnika do zaangażowania w program kompleksowej rehabilitacji; bariery, które mogą utrudniać aktywny udział w projekcie** (np. sytuacja rodzinna); zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, LMI/LMI-K–Inwentarz Motywacji Osiągnięć, KNS-Kwestionariusz Nadziei na Sukces. (ocena-wybrać)

wysoka                      średnia                      niska                      b. niska

Uzasadnienie oceny:

**E - Podsumowanie/rekomendacja**

- rekomenduję Kandydata do rehabilitacji kompleksowej
- nie rekomenduję Kandydata do rehabilitacji kompleksowej

Uzasadnienie oceny:

.....  
(miejsowość, data, pieczętka i podpis psychologa)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

## Zawiadomienie o zakwalifikowaniu/niezakwalifikowaniu<sup>8</sup> do programu rehabilitacji kompleksowej

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL<sup>3</sup>

Adres zamieszkania

Dane do kontaktu<sup>4</sup>

W postępowaniu prowadzonym przez .....<sup>5</sup> została Pani/został Pan nie została Pani/nie został Pan zakwalifikowana(y)<sup>8</sup> do programu rehabilitacji kompleksowej realizowanego w ramach projektu UE pn. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

O dalszym przebiegu postępowania związanego z realizacją programu rehabilitacji będzie Pani/Pan informowana(y) przez PFRON, nr infolinii: (22) 50 55 600.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko, pieczętka służbowa pracownika instytucji / podmiotu)

<sup>3</sup> jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości.

<sup>4</sup> należy podać numer telefonu lub adres e-mail.

<sup>5</sup> należy uzupełnić nazwę instytucji, podmiotu, w którym zostało wydane orzeczenie o zakwalifikowaniu do rehabilitacji kompleksowej – odpowiednio: ZUS, KRUS, MON, MSWiA. Powiat.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

.....  
.....  
(nazwa i dane teleadresowe organu wydającego orzeczenie)

## ORZECZENIE

### o potrzebie/braku potrzeby<sup>8</sup> rehabilitacji kompleksowej z dnia .....

#### Wydane w sprawie Pani/Pana

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL<sup>6</sup>

Data urodzenia

**Stwierdzono/nie stwierdzono<sup>8</sup> potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji kompleksowej.**

(dodatkowe informacje – pole tekstowe)

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza orzekającego/zespołu orzekającego

<sup>6</sup> jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości

<sup>8</sup> niepotrzebne usunąć

Lider Projektu

Partnerzy Projektu





Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Załącznik nr 2 do Umowy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Usługa orzecznictwa lekarskiego w ramach kwalifikacji wstępnej uczestników do kompleksowej rehabilitacji w projekcie „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”**

(4 części)

**I. OFERTA ZŁOŻONA PRZEZ WYKONAWCĘ**

	Nazwa	Adres	NIP
1			

**II. OSOBA DO KONTAKTU**

Imię i Nazwisko	
Instytucja	
Adres	
Telefon	
e-mail	

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

### III. Treść oferty

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na **realizację usługi orzecznictwa lekarskiego w ramach kwalifikacji wstępnej uczestników do ośrodków rehabilitacji kompleksowej** w projekcie pn. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy” oferuję wykonanie zamówienia na następujących warunkach:

#### CZĘŚĆ 1 – MAKROREGION I

**województwa:** zachodniopomorskie (Szczecin), pomorskie (Gdańsk), kujawsko-pomorskie (Toruń/Bydgoszcz), wielkopolskie (Poznań)

- 1) Cena brutto za wydanie 1 orzeczenia lekarskiego: ..... zł
- 2) Cena brutto za wydanie 20 orzeczeń lekarskich (pkt 1 x 20): ..... zł

#### Kryterium doświadczenie psychologa:

Oświadczam, że osoba skierowana do realizacji niniejszego zamówienia, tj. Pan/Pani ..... <wskazać imię i nazwisko> posiada .....\* lat doświadczenia w realizacji zadań związanych z orzeczeniem lekarskim dla potrzeb zabezpieczenia społecznego.

*\*proszę wskazać liczbę lat*

UWAGA: W przypadku braku wskazania doświadczenia oferta Wykonawcy w tym kryterium otrzyma 0 pkt.

#### CZĘŚĆ 2 – MAKROREGION II

**województwa:** lubuskie (Zielona Góra), dolnośląskie (Wrocław), opolskie (Opole), śląskie (Katowice)

- 1) Cena brutto za wydanie 1 orzeczenia lekarskiego: ..... zł
- 2) Cena brutto za wydanie 70 orzeczeń lekarskich (pkt 1 x 70): ..... zł

#### Kryterium doświadczenie psychologa:

Oświadczam, że osoba skierowana do realizacji niniejszego zamówienia, tj. Pan/Pani ..... <wskazać imię i nazwisko> posiada .....\* lat doświadczenia w realizacji zadań związanych z orzeczeniem lekarskim dla potrzeb zabezpieczenia społecznego.

*\*proszę wskazać liczbę lat*

UWAGA: W przypadku braku wskazania doświadczenia oferta Wykonawcy w tym kryterium otrzyma 0 pkt.



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

### CZĘŚĆ 3 – MAKROREGION III

**województwa:** warmińsko-mazurskie (Olsztyn), podlaskie (Białystok), mazowieckie (Warszawa), łódzkie (Łódź)

- 1) Cena brutto za wydanie 1 orzeczenia lekarskiego: ..... zł
- 2) Cena brutto za wydanie 120 orzeczeń lekarskich (pkt 1 x 120): ..... zł

#### Kryterium doświadczenie psychologa:

Oświadczam, że osoba skierowana do realizacji niniejszego zamówienia, tj. Pan/Pani ..... <wskazać imię i nazwisko> posiada .....\* lat doświadczenia w realizacji zadań związanych z orzeczeniem lekarskim dla potrzeb zabezpieczenia społecznego.

*\*proszę wskazać liczbę lat*

UWAGA: W przypadku braku wskazania doświadczenia oferta Wykonawcy w tym kryterium otrzyma 0 pkt.

### CZĘŚĆ 4 – MAKROREGION IV

**województwa:** lubelskie (Lublin), świętokrzyskie (Kielce), podkarpackie (Rzeszów), małopolskie (Kraków).

- 1) Cena brutto za wydanie 1 orzeczenia lekarskiego: ..... zł
- 2) Cena brutto za wydanie 30 orzeczeń lekarskich (pkt 1 x 30): ..... zł

#### Kryterium doświadczenie psychologa:

Oświadczam, że osoba skierowana do realizacji niniejszego zamówienia, tj. Pan/Pani ..... <wskazać imię i nazwisko> posiada .....\* lat doświadczenia w realizacji zadań związanych z orzeczeniem lekarskim dla potrzeb zabezpieczenia społecznego.

*\*proszę wskazać liczbę lat*

UWAGA: W przypadku braku wskazania doświadczenia oferta Wykonawcy w tym kryterium otrzyma 0 pkt.

### IV. OŚWIADCZENIA:

1. Uważam/y się za związanego/yh niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu na składanie ofert.
2. Oświadczam/y, że posiadam/y wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania w/w zamówienia.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

3. Oświadczam/y, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią zapytania ofertowego i wszystkimi załącznikami do niego i nie wnoszę/imy do nich zastrzeżeń.
5. Oświadczam/y, iż brak jest podstaw do wykluczenia mnie/nas z postępowania.
6. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kk.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy  
**Załącznik nr 3**

**Protokół przyjęcia przedmiotu umowy**

Do umowy nr                      zawartej w dniu

....., dnia .....

**Zamawiający**

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13

**Wykonawca**

**Wnioskodawca**

**Przedmiot umowy**

**Okres za jaki następuje rozliczenie:**

W dniu ..... stwierdzono fakt wykonania przez Wykonawcę przedmiotu umowy określonego w §     umowy w terminie określonym w §     tej umowy.

Zamawiający dokonał szczegółowej oceny wykonanego przedmiotu umowy i stwierdza co następuje:

**Opinia merytoryczna Wnioskodawcy**

(zgodność z przedmiotem Umowy zlecenia, terminowość, inne)

Mając na względzie powyższe, Wnioskodawca **przyjmuje/nie przyjmuje** (niepotrzebne skreślić) przedłożony przedmiot Umowy, a tym samym stwierdza, że **są/nie ma** (niepotrzebne skreślić) podstawy do wypłaty wynagrodzenia określonego w paragrafie 4 Umowy.

Protokół sporządzono w postaci elektronicznej i opatrzone podpisami elektronicznymi obu Stron.

.....

(data i podpis Zamawiającego)

.....

(data i podpis Wykonawcy)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy  
**Załącznik nr 4**

**Ewidencja godzin**

Do umowy nr                      zawartej w dniu

(imię i nazwisko Wykonawcy)

Lp.	Data	Godzina rozpoczęcia wykonywania zlecenia	Godzina zakończenia wykonywania zlecenia	Liczba godzin	Orzeczenie lekarskie

.....  
(data i podpis Zamawiającego)

.....  
(data i podpis Wykonawcy)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy  
**Załącznik nr 5**

**Rachunek**

Do umowy nr                      zawartej w dniu

Nazwa płatnika  
(pieczęć)  
Urząd Skarbowy  
ul.                      kod pocztowy                      miejscowość

Nazwisko podatnika  
Imię (imiona)  
Imię ojca i matki  
Miejsce i data urodzenia (dzień – miesiąc – rok)  
Nr PESEL (11 cyfr)  
Miejsce zamieszkania                      Gmina – Dzielnica                      nr domu  
Kod pocztowy                      ulica                      nr domu  
Konto

**RACHUNEK**

dla Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
za wykonanie Umowy nr                      z dnia

Liczba dni/godzin/sztuk\*(niepotrzebne skreślić) Kwota brutto:    zł (słownie:                      )

Praca wykonana w okresie od                      do

.....  
(data i podpis Wykonawcy)

Praca została przyjęta bez zastrzeżeń. Rachunek sprawdzono pod względem merytorycznym.

.....  
(data i podpis Zamawiającego)  
Partnerzy Projektu

Lider Projektu