

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach

ul. Leśna 17, 24-100 Puławy

tel.81 458 62 01; fax 81 458 62 09;

[www.mops.pulawy.pl](http://www.mops.pulawy.pl); [sekretariat@mops.pulawy.pl](mailto:sekretariat@mops.pulawy.pl); ePUAP: mops\_pulawy

Nr konta PKO BP S.A. 95 1020 3147 0000 8302 0160 0733

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej zainteresowany jest zatrudnieniem osoby do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi u mieszkańców Miasta Puławy objętych wymienioną formą pomocy w 2025 r.**

**I. Wymagania niezbędne:**

1. Obywatelstwo polskie.
2. Wykształcenie minimum średnie.
3. Kwalifikacje zawodowe:
   1. kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, terapeuty zajęciowego, opiekuna medycznego
   2. posiadanie co najmniej trzymiesięcznego doświadczenia zawodowego w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek:

* szpitalu psychiatrycznym;
* jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
* placówce terapii lub placówce oświatowej do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym;
* ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym;
* warsztacie terapii zajęciowej;
* innej jednostce niż wymienione powyżej świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
* w uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby, które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe określone w pkt. 3a., posiadają co najmniej roczny staż pracy w jednostkach, i mają możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi, posiadającymi wymagane kwalifikacje.

4. Udokumentowane przeszkolenie i doświadczenie w zakresie:

* umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań,
* kształtowanie nawyków celowej aktywności,
* prowadzenia treningu zachowań społecznych.

5. Posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.  
6. Niekaralność prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.  
7. Posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie usług opiekuńczych.

**II. Wymagania dodatkowe:**  
1. Umiejętności interpersonalne – łatwość nawiązywania kontaktu, empatia, cierpliwość.  
2. Samodzielność, dokładność, dyspozycyjność, komunikatywność, obowiązkowość, odpowiedzialność.  
3. Umiejętność organizowania pracy w domu podopiecznego.  
4. Wysoka kultura osobista.  
5. Umiejętność obsługi urządzeń cyfrowych: telefon, tablet, teleopaski.  
6. Otwartość na różne formy doskonalenia zawodowego podnoszące jakość wykonywanych obowiązków.  
**III. Szczegółowe uprawnienia i obowiązki:**  
1. Kierowanie się zasadami etyki zawodowej, poszanowania godności i prawa osób do samostanowienia.  
2. Zachowanie tajemnicy służbowej.  
**IV. Podstawa zatrudnienia:** umowa zlecenie  
**V. Termin zatrudnienia:** styczeń– grudzień 2025 r.  
**VI. Wymiar godzinowy zatrudnienia:** max. 50 godz. miesięcznie, elastyczne godziny pracy, praca w dni powszednie, możliwość pracy w sobotę i niedzielę.  
**VII. Liczba miejsc**: 1  
**VIII. Obowiązki opiekuna:**

* Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia.
* Pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia.
* Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu.
* Pomoc mieszkaniowa.
* Inne specjalistyczne usługi opiekuńcze.
* Zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

**IX. Inne informacje:** Praca wymaga częstego przemieszczania się w terenie.

Imię i Nazwisko:……………………………………..………………………………..

tel./faks ………………………….……………

e-mail: ……………………..…………………

**Oszacowanie**

W odpowiedzi na oszacowanie wartości zamówienia na zatrudnienie do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla mieszkańców Miasta Puławy w okresie od stycznia do 31. 12.2025 roku

**oferuję wykonanie usługi za:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wartość netto ( „na rękę”) za godzinę**  **…………………………..……** | **Słownie:**  **………………………………………..** |

……………………………….

Czytelny podpis