

|  |
| --- |
| **Směrnice pro hodnocení kvality řízení organizací, které zaměstnávají či integrují osoby se zdravotním postižením** |

Tato směrnice je podkladem pro ověření (hodnocení) systému managementu kvality organizací, které zaměstnávají, nebo integrují osoby se zdravotním postižením s cílem posoudit, zda výrobky, vyráběné, kompletované, balené, nebo služby poskytované osobami se zdravotním postižením lze označovat ochrannou známkou „PRÁCE POSTIŽENÝCH“. Program uděluje dvě úrovně označení ochranné známky Práce postižených a to

**“Práce Postižených- zaměstnavatel OZP”** a **“Práce Postižených -Integrační sociální podnik OZP”**

Směrnice stanovuje požadavky na organizační strukturu, systém managementu a zabezpečování standardní kvality produkce vyráběné a služeb poskytovaných osobami se zdravotním postižením.

**Obsah:**

**Část A: Obecná ustanovení**

**Část B: Soubor požadavků pro hodnocení organizace**

**Modul I: „Legislativa provozování“**

**Modul II: „Požadavky na procesy a kvalitu produktů“**

**Modul III. „Znaky Integračního sociálního podniku OZP“**

**Část A:**

**Obecná ustanovení**

**1. ÚVOD**

**1.1 Cíl programu**

Cílem Programu hodnocení kvality řízení organizací a propůjčování ochranných známek „PRÁCE POSTIŽENÝCH“ a PRÁCE POSTIŽENÝCH INTEGROVANÝ SOCIÁLNÍ PODNIK je podpořit organizace (společnosti), které zaměstnávají a integrují osoby se zdravotním postižením, podpořit marketing a prodej výrobků, které prokazatelně vyrobily, balily nebo kompletovaly osoby se zdravotním postižením.

Program si také klade za cíl podpořit práci zdravotně postižených osob a posílit jejich sebevědomí. Poukázat na skutečnou práci organizací (společností), které se zabývají zaměstnáváním osob se zdravotním postižením, skutečně s těmito lidmi pracují a skutečně vyrábějí, kompletují nebo balí různé výrobky, či poskytují nejrůznější služby. Podpořit organizace, které zaměstnávají osoby se zdravotním postižením podle právních norem, bez znaků diskriminace a zneužívání.

Posuzování kvality řízení organizací, které zaměstnávají a integrují osoby se zdravotním postižením, je realizováno Nadačním fondem pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením ve spolupráci s Ergotep CSR Institut ops. Směrnice stanovuje požadavky na systém řízení organizace systému, činnosti zajišťující trvalé ověřování stability výrobních procesů a stability kvality výrobků. Jejich výsledkem by měly být produkty vyrobené a služby poskytnuté osobami se zdravotním postižením, které jsou konkurenceschopné a běžně uplatnitelné na běžném obchodním trhu a s neměnnou kvalitou.

**1.2 Slovník pojmů**

Žadatel – Zaměstnavatel (podnikatelské subjekty, OSVČ, nepodnikatelské subjekty), který podal žádost o propůjčení některé z ochranných známek „PRÁCE POSTIŽENÝCH“ zaměstnavatel OZP nebo PRÁCE POSTIŽENÝCH ISP OZP a jehož žádost byla přijata. Žadatelem může být vždy pouze organizace zaměstnávající více jak 50% osob se zdravotním postižením.

Držitel – Zaměstnavatel (podnikatelské subjekty, OSVČ, nepodnikatelské subjekty), kterému byla Některá z ochranných známek „PRÁCE POSTIŽENÝCH“ zaměstnavatel OZP nebo PRÁCE POSTIŽENÝCH ISP OZP propůjčena, po dobu, po kterou má právo ochrannou známku užívat

NFOZP – Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením je vlastníkem ochranných známek „PRÁCE POSTIŽENÝCH“ a propůjčuje právo užívat ochranné známky.

Ergotep CSR Institu ops – Nezisková organizace podílející se na rozvoji strategie programu a na základě smlouvy s NFOZP provozující sekretariát Programu a realizující hodnocení žadatelů o známky.

Sebehodnocení – postup, při kterém žadatel předkládá zprávu o své organizaci a její činnosti, převážně ve formě vyplnění dotazníku.

Posuzování – postup, kdy Ergotep CSR Institut ověřuje údaje uvedené v sebehodnotící zprávě žadatele

**2. POSUZOVÁNÍ KVALITY ŘÍZENÍ ORGANIZACE**

Posuzování kvality řízení organizací zahrnuje kritéria ve 3 modulech:

Modul: I. Legislativa provozování

II. Požadavky na procesy a kvalitu produktů

III. Znaky Integračního sociálního podniku OZP

**3. SYSTÉM POSUZOVÁNÍ KVALITY ŘÍZENÍ ORGANIZACE (SPOLEČNOSTI)**

Posuzování kvality řízení organizace sestává z následujících základních kroků:

a) Zpracování sebehodnotící zprávy - žadatel

b) Vyhodnocení sebehodnotící zprávy - hodnotitel Ergotep CSR Institut ops

c) Ověření kvality řízení místním šetřením - hodnotitel Ergotep CSR Institut ops

**3.1 Zpracování sebehodnotící zprávy žadatelem**

3.1.1 Každý z žadatelů zpracovává sebehodnotící zprávu. V úvodu se identifikuje jako organizace, která je chráněnou dílnou, zaměstnavatelem zaměstnávajícím více jak 50% osob se zdravotním postižením, nebo osobou samostatně výdělečně činnou (podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.), v rozsahu ½ strany popíše zaměření společnosti, v rozsahu ½ strany popíše organizaci, její výrobní program, počet pracovníků celkem, počet zdravotně postižených ve výrobním procesu, organizaci práce zdravotně postižených (chráněná dílna, zaměstnavatel zaměstnávající více jak 50% osob se zdravotním postižením, OSVČ osoba se zdravotním postižením) a další významné skutečnosti. Následně vyplní dotazník (checklist) podle zadané osnovy a svým podpisem potvrzuje správnost uvedených údajů.

**3.2 Vyhodnocení sebehodnotící zprávy žadatele**

3.2.1 Sebehodnotící zprávu žadatele vyhodnocuje 1 hodnotitel Ergotep CSR INSTITUTU ops

před zahájením šetření na místě.

3.2.2 Při negativním výsledku vyhodnocení sebehodnotící zprávy (nesplnění požadavků) zastavuje Ergotep CSR Institut ops další ověřování.

3.2.3 Pozitivní posouzení sebehodnotící zprávy je podkladem pro místní šetření.

**3.3 Posouzení kvality řízení organizace místním šetřením**

3.3.1 Posouzení provádí 1 hodnotitel Ergotep CSR Institut ops, který si případně může přizvat externího odborníka pro danou oblast, případně administrátora. Tím je zajištěna objektivita, nestrannost a srovnatelnost úrovně ověřování požadavků.

3.3.2 Posouzení provádí určený hodnotitel přímo na místě v organizaci žadatele podle kritérií pro ověření kvality řízení organizací uvedené v modulech I. a II. této směrnice. Požadavky pro jednotlivé pracoviště prověřují opakovaně na každém pracovišti, uvedeném žadatelem v „ Adresách provozoven …“

3.2.3 Dokumentaci k doložení plnění požadavků předkládá žadatel hodnotiteli k nahlédnutí při zahájení a v průběhu místního šetření. Jejich skladba a rozsah se může lišit podle situace v konkrétní organizaci. Je-li však příslušný požadavek aktuální, pak bude zřejmě aktuální i příslušný dokument k doložení jeho plnění. Doložení jiným rovnocenným způsobem však není vyloučeno. Jsou to např.:

1. výpis z obchodního rejstříku a/ nebo Živnostenský list
2. jmenný seznam osob na jednotlivých pracovištích (provozovnách – dílnách, vč. „domáckých pracovníků“) s  označením osob se zdravotním postižením
3. zprávy a protokoly z vlastních interních kontrol
4. zprávy a protokoly z kontrol prováděných externími orgány státního dozoru apod.
5. interní řídící dokumenty
6. pracovní smlouvy
7. pracovní náplně
8. doklady o školeních s přezkoušením znalostí
9. dokumenty pracovníků dokládající jejich zdravotní postižení
10. výrobní dokumenty, postupy, návody k práci
11. smlouvy s odběrateli
12. certifikát systému managementu kvality (pokud existuje), vč. Příručky kvality a Zpráv z minulých auditů
13. případně další – viz mj. Modul I. a Modul II. Modul III

3.2.4 Nepovinnou dokumentaci, kterou jsou např.

a) prospekty, propagační materiály,

b) ocenění ze soutěží a výstav,

c) výsledky spotřebitelských testů, zprávy z tisku, reportáže, apod.,

d) články a jiné publikované písemné materiály, vztahující se k oblasti činnosti organizace žadatele a práci zdravotně postižených

předkládá žadatel hodnotiteli v rozsahu podle vlastního uvážení.

**4. PODMÍNKY KLADNÉHO HODNOCENÍ KVALITY ŘÍZENÍ ORGANIZACE**

**4.1 Vyhodnocení sebehodnotící zprávy**

**Ukazatel U1**

je považován za splněný, jsou-li splněny všechny požadavky dle Modulu I.

**4.2 Hodnocení kvality místním šetřením:**

**Ukazatel U2**

je považován za splněný, je-li v Modulu II. dosaženo:

* min. 75 % bodů na každé provozovně/dílně atd., kde vznikají výrobky, které mají být označeny značkami „PRÁCE POSTIŽENÝCH - zaměstnavatel OZP“ nebo práce postižených Integrační sociální podnik OZP
* a zároveň min. 75% bodů u požadavků, týkajících se celé organizace.

Ukazatel U3, je považován za splněný v případě, že žadatel splnil 75 % bodů v modulu 2 a 75 % bodů v modulu 3.

Splnění těchto parametrů mu umožňuje užívat značku “ Práce postižených. Integrační sociální podnik OZP”

**5. CELKOVÉ HODNOCENÍ KVALITY ŘÍZENÍ ORGANIZACE**

Při nesplnění kteréhokoliv ukazatele U je hodnocení kvality řízení organizace negativní.

Celkové hodnocení kvality řízení organizace je (při 100%ním splnění požadavků ukazatele U1) dáno % získaných bodů ze všech aktuálně možných bodů získaných při hodnocení ukazatele U2 a U3

**6. PROPŮJČENÍ OCHRANNÉ ZNÁMKY „PRÁCE POSTIŽENÝCH“**

O propůjčení práva užívat ochranné známky „PRÁCE POSTIŽENÝCH“ zaměstnavatel OZP nebo PRÁCE POSTIŽENÝCH- Integrační sociální podnik OZP rozhoduje Řídící výbor na základě výsledků hodnocení uvedených ve Zprávě z hodnocení.

Užívání ochranné známky je uvedeno ve Statutu Program hodnocení kvality řízení organizací a propůjčování ochranných známek „PRÁCE POSTIŽENÝCH“-zaměstnavatel OZP nebo PRÁCE POSTIŽENÝCH- Integrační sociální podnik OZP

**Část B:**

**SOUBOR POŽADAVKŮ PRO POSUZOVÁNÍ KVALITY ŘÍZENÍ ORGANIZACÍ**

**Modul I.: „Legislativa provozování“**

**Modul II.: „Požadavky na procesy a kvalitu produktů“**

**Modul III. “Znaky Integračního sociálního podniku OZP”**

|  |
| --- |
| **SYSTÉM HODNOCENÍ KVALITY ŘÍZENÍ ORGANIZACE** |

|  |
| --- |
| **SOUBOR POŽADAVKŮ** |

|  |
| --- |
| * žadatel zpracuje sebehodnocení dle uvedených požadavků a zašle sekretariátu ERGOTEP CSR institutu. Na závěr podepisuje závazné prohlášení, že jím poskytované údaje jsou pravdivé a že zajišťuje stabilitu výrobního procesu. * podle uvážení přikládá žadatel i dokumentaci, související se systémem kvality nebo jiným oceněním managementu. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Úplný název organizace žadatele |  | | |
| Adresa firmy žadatele | Ulice  Město PSČ  Kraj | | |
| www stránky |  | | |
| IČO |  | DIČ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Statutární zástupce společnosti | Příjmení: Jméno: | | |
| Příjmení: Jméno: | | |
| Příjmení: Jméno: | | |
| Příjmení: Jméno: | | |
| Kontaktní osoba  Příjmení a jméno |  | Pracovní pozice |  |
| Telefon |  | Fax |  |
| Mobilní telefon |  | e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sebehodnocení  zpracoval  dne: ......................... | Jméno: | Pracovní pozice: | Podpis: |

|  |
| --- |
| **Organizace vypracovává podklady pro získání ochranné známky v kategorii**  ( možno uvést všechny tři kategorie ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vyrobeno** osobami se zdravotním postižením | ANO | NE |
| **Služba** poskytnuta osobami se zdravotním postižením | ANO | NE |
| Integrační sociální podnik | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identifikace organizace podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.** | | |
| Podnik s méně než 50 zaměstnanci, zaměstnavatel zaměstnávající více jak 50% osob se zdravotním postižením | ANO | NE |
| Podnik s více jak 50 zaměstnanci, zaměstnavatel zaměstnávající více jak 50% osob se zdravotním postižením | ANO | NE |
| Osoba samostatně výdělečně činná se zdravotním postižením | ANO | NE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Počet zaměstnanců v organizaci celkem** |  |
| Počet osob bez zdravotního postižení celkem |  |
| Počet osob se zdravotním znevýhodněním |  |
| Počet osob v 1. a 2. stupni invalidity |  |
| Počet osob ve 3. stupni invalidity |  |
| Počet osob se zdravotním postižením celkem |  |
| Přepočtený počet osob se zdravotním postižením za poslední kalendářní rok-----------  *(uveďte po čtvrtletích )* | I: ………...………. II: ……………………  III: ………....…….. IV: ……………..…… |

**Adresy provozoven, pro které je žádost podávána** (má zde být zakomponováno o jaký typ provozu se jedná (pekárna, …apod.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresa provozovny | Zaměření provozovny | Jméno odpovědného pracovníka | Telefon / fax | Počet pracovníků (zdraví/postižení) | Prac. doba |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Popište, čím se přesně zabývá vaše organizace. Je zapotřebí popsat zaměření, práci, typ výroby jednotlivých středisek (dílen) vaší organizace, popište, probíhá-li u vás pracovní zácvik, nácvik pracovních činností, pracovní rehabilitace a jakým způsobem. Pokud zajišťujete pro zaměstnance vzdělávání, popište jaké, jakým způsobem je vedeno a kým je hrazeno (zaměstnavatel, projekty). Pokud vaše organizace zaměstnává osoby pouze s jedním typem zdravotního postižení, uveďte, o jaký typ onemocnění se jedná (např. osoby nevidomé, mentálně postižené)** |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Jste poskytovateli sociálních služeb nebo ke své práci sociální služby využíváte u jiných poskytovatelů (ano – uveďte konkrétně jaké, ne – uveďte proč)** |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Zhodnoťte postavení Vaší organizace na trhu, charakterizujte její úspěšnost v oblasti zaměstnávání zdravotně postižených, uveďte organizační strukturu (vedení, THP, asistenti, % zdravotně postižených ve výrobním procesu, organizace jejich práce), případně uveďte jiné údaje i získaná ocenění či významné reference a pod:** |
|  | |

**MODUL I. – „LEGISLATIVA PROVOZOVÁNÍ***“*

|  |
| --- |
| ***Postup vyplňování:***   1. *Žadatel ve sloupci „PLNĚNÍ“ odpoví ANO/NE označením X.* 2. *Žadatel vyplní sloupec „DOKUMENTY – ULOŽENÍ“*   *Ve sloupci „DOKUMENTY – ULOŽENÍ“ jsou pro představu žadatele uvedeny i příklady dokumentů, kterými je možné doložit plnění daného kritéria.* |

|  |
| --- |
| **I. Legislativa provozu** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POŽADAVEK** | **PLNĚNÍ**  **ANO / NE** | | **DOKUMENT - ULOŽENÍ** |
| **1. Zákon č.455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v platném znění** |  |  |  |
| 1.1 Jsou k dispozici doklady o odborné způsobilosti žadatele? (§7 aj.) |  |  | *(Výpis obchodního rejstříku, živnostenský list)* |
| 1.2 Je označení organizace (provozovny) v souladu se živnostenským zákonem? (§ 31) |  |  | *(Označení sídla organizace.)* |
| 1.3 Je určena osoba odpovědná za provoz (§11 aj.) chráněné dílny nebo firmy, která zaměstnává více jak 50% osob se zdravotním postižením, podle zákona č.435/2004 Sb. O zaměstnanosti? |  |  | *(Jmenování, pověření.)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POŽADAVEK** | **PLNĚNÍ**  **ANO / NE** | | **DOKUMENT- ULOŽENÍ** |
| **2. Zákon č. 262/2006Sb., zákoník práce**, v platném znění |  | |  |
| 2.1 Jsou se všemi řídícími zaměstnanci firmy, kteří se podílejí na výrobním procesu, uzavřeny žadatelem pracovní nebo jiné smlouvy a dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr? |  |  | *(Organizační řád, pracovní smlouvy.)* |
| 2.2 Je ke každé pracovní smlouvě stanovena pracovní náplň, pravomoc a odpovědnost? |  |  | *(Pracovní smlouvy.)* |
| 2.3 Jsou uzavřeny pracovní smlouvy s osobami se zdravotním postižením? |  |  | *(Seznamy osob se zdravotním postižením.**Pracovní smlouvy.)* |
| 2.4. Jsou stanoveny předpisy o bezpečnosti práce a ochraně zdraví při práci a protipožární ochraně? |  |  | *(Interní předpisy.)* |
| 2.5 Jsou pořádána příslušná předepsaná školení a přezkoušení znalostí? |  |  | *(Doklady o školeních.)* |
| 2.6 Jsou vedeny záznamy o vlastních kontrolách např.:   1. bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) 2. požární ochrany (PO) 3. evidence pracovních úrazů |  |  | *(Příslušné doklady.)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POŽADAVEK** | **PLNĚNÍ**  **ANO / NE** | | **DOKUMENT- ULOŽENÍ** |
| 2.7 Jsou doklady o kontrolách od pověřených institucí, např.:   1. hygienická služba 2. ČOI (Česká obchodní inspekce), 3. ČIŽP, legálnost SW (software), 4. požární bezpečnost 5. elektrická bezpečnost a pod.)? |  |  | *(Příslušné doklady.)* |
| 2.8 Posuzuje lékař závodní preventivní péče jednotlivé zaměstnance a jejich zdravotní způsobilost k pracovnímu zařazení? |  |  | *(Doklady od lékaře pro každého pracovníka se zdravotním postižením.)* |
| **3. Zákon č.634/1992 Sb. o ochraně spotřebitele**, v platném znění  **Zákon o obecné bezpečnosti výrobku**, v platném znění  **Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobek**, v platném znění | | | |
| 3.1 Jsou výrobky označeny podle platných právních předpisů, je u výrobků označení výrobce? |  |  |  |
| 3.2 Jsou výrobky označeny dalšími povinnými údaji ( trvanlivost, není vhodné pro děti do tří let apod.)? |  |  |  |
| 3.3 Jsou reklamace vyřizovány podle právních předpisů? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POŽADAVEK** | **PLNĚNÍ**  **ANO / NE** | | **DOKUMENT- ULOŽENÍ** |
| **4. Ekologické požadavky** (dle charakteru firmy) |  | |  |
| 4.1 Pracuje společnost s ekologicky nezávadnými materiály? |  |  |  |
| 4.2 Odpovídá nakládání s nebezpečnými odpady požadavkům právních předpisů? |  |  |  |

**Modul II. – POŽADAVKY NA PROCES A KVALITU PRODUKTŮ**

|  |
| --- |
| ***Postup vyplňování:***   1. *Žadatel vyplní část A. pro každou provozovnu (dílnu apod.), v níž vznikají výrobky, které mají být označeny značkou „PRÁCE POSTIŽENÝCH“* 2. *Žadatel vyplní sloupec „DOKUMENTY – ULOŽENÍ“*   *Ve sloupci „DOKUMENTY – ULOŽENÍ“ jsou pro představu žadatele uvedeny i příklady dokumentů, kterými je možné doložit plnění daného kritéria.* |

|  |
| --- |
| **II. Požadavky na proces a kvalitu produktů** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **č.** | **Kritérium** | **Body** | | | **DOKUMENT - ULOŽENÍ** |
| **Max.** | **Akt.** | **Získané** |
| **A.** | **Požadavky na jednotlivou provozovnu (dílnu apod.).**  Identifikace pracoviště: | | | | |
| **2.1** | Je převažující činností provozovny skutečně:   1. výroba 2. služba   výrobků, které mají nést označení „PRÁCE POSTIŽENÝCH“? | **5**  **5**  **5** |  |  |  |
| **2.2** | Je zabezpečeno, že výrobky, které by měly nést označení „PRÁCE POSTIŽENÝCH“, v této provozovně :   1. skutečně vyrábí zdravotně postižení? 2. službu poskytují zdravotně postižení? | **10**  **10** |  |  | *(Seznam pracovníků provozovny s vyznačením zdravotně postižených.)* |
| **2.3** | Jsou pracovníkům zadávány práce s jasnou specifikací postupu a očekávaného výsledku? | **5** |  |  |  |
| **2.4** | Jsou pracovníkům poskytnuty komponenty/ suro-viny, zajišťující dosažení očekávaného výsledku? | **5** |  |  |  |
| **2.5** | Mají pracovníci pro konkrétní práci potřebnou odbornou a zdravotní způsobilost? | **7** |  |  | *(Doklady o zdravotní způsobilosti pro konkrétní práci.)* |
| **2.6** | Mají pracovníci pro svou práci potřebné postupy, návody a vzory se specifiky pro osoby se zdravotním postižením ? | **10** |  |  | *(Dokumenty, vzorky.)* |
| **2.7** | Jsou pracovníci vyškoleni a opakovaně poučováni k obsluze výrobního, měřicího atd**.** zařízení (je-li toaktuální) | **5** |  |  | *(Doklady o školení pracovníků.)* |
| **2.8** | Je každé pracoviště, kde vyrábí, kompletují nebo balí výrobky lidé se zdravotním postižením, přizpůsobeno jejich možnostem, schopnostem a potřebám? | **10** |  |  |  |
| **2.9** | Je na pracovišti trvale udržován účelný pořádek a čistota? | **5** |  |  |  |
| **2.10** | Jsou pracovníci průběžně řízeni a vedeni k prevenci chyb v práci? | **6** |  |  |  |
| **2.11** | Jsou s pracovníky přebírány, kontrolovány a pro-jednávány výsledky jejich práce se zhodnocením výsledku, příp. s následnými opatřeními? | **5** |  |  | *(Doklady o přebírání.)* |
| **2.12** | Je stanovena osobní zodpovědnost vedoucího pra-covníka za předpoklady a výsledky práce z hlediska kvality? | **7** |  |  | *(Doklad o stanovení zodpovědnosti.)* |
|  | **Součet bodů za pracoviště** | **100** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **č.** | **Kritérium** | **Body** | | | **DOKUMENT - ULOŽENÍ** |
| **Max.** | **Akt.** | **Získané** |
| **B.** | **Požadavky na celou organizaci.** | | | | |
| **2.13** | Jsou ve smlouvách s odběrateli uvedeny dohod-nuté vlastnosti (specifikace) výrobků? | **5** |  |  | *(Příklady smluv.)* |
| **2.14** | Udržuje organizace soustavu interních předpisů pro řízení činností zdravotně postižených, odpovídající potřebám organizace s ohledem na její velikost, rozsah činností, organizační uspořádání atd. | **7** |  |  | *(Úplná soustava existujících interních předpisů.)* |
| **2.15** | Jsou zpracována pravidla, zodpovědnosti a návody pro pracovníky, kteří jsou v kontaktu s lidmi se zdravotním postižením př.asistenti (je-li to aktuální)? | **5** |  |  | *(Dokumenty s pravidly a zodpovědnostmi.)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.16** | Jsou uplatňována opatření ke zvýšení zájmu zdravotně postižených o práci a o zvýšení jejich sebevědomí? | **5** |  |  | *(Příp. popis opatření.)* |
| **2.17** | Existuje efektivní způsob motivace zaměstnanců se zdravotním postižením postižených k úspěšným výsledkům jejich práce? | **5** |  |  | *(Příp. popis motivačních opatření.)* |
| **2.18** | Jsou v organizaci chráněna práva osob se zdravotním postižením? | **7** |  |  | *(Příp. popis ochranných opatření.)* |
| **2.19** | Udržuje organizace kontakty s  komunitou osob se zdravotním postižením? (jinou než vlastní zaměstnanci) | **5** |  |  | *(Příp. doklady o kontaktech.)* |
| **2.20** | Je organizace z titulu zaměstnávání osob se zdravotním postižením podporována komunitou zdravotně postižených osob? | **5** |  |  | *(Příp. doklady o podpoře.)* |
| **2.21** | Komunikuje organizace s rodinami zaměstnanců se zdravotním postižením nebo jejich opatrovníky? | **6** |  |  | *(Příp. doklady o kontaktech.)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.22** | Jsou činnosti při „výrobě, kompletaci, balení“ a opatření ke splnění požadavků Modulu I. i Modulu II. součástí certifikovaného systému managementu kvality podle ČSN EN ISO 9001? | **10** |  |  | *(Certifikát od akreditovaného certifikačního orgánu.*  *Příručka kvality. Zpráva z minulého certifikačního auditu a příp. následných dozorových auditů.)* |
|  | **Součet bodů za organizaci** | **60** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Celkový počet bodů** | * **možných:** * **skutečně získaných: tj. %:** |

**Modul III Znaky Integračního sociální podniku OZP**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **č.** | **Kritérium** | **Plnění ANONE** | | | **DOKUMENT - ULOŽENÍ** |
| **Max.** | **Akt.** | **Získané** |
| **C.** | **Znaky Integračního sociálního podniku** | | | | |
| **3.1.1** | Máte zapracovány obecné principy sociálního podniku ve svých společenských smlouvách? |  |  |  | *(Příklady smluv.)* |
| **3.2.1** | Máte zavedenu reinvestici zisku na úrovni deklaratorní |  |  |  | *(Příp. popis opatření.)* |
| **3.2.2** | Máte zavedenu reinvestici zisku na úrovni fondu reinvestice zisku, včetně evidence výdajů fondu reinvestice |  |  |  | *(Úplná soustava existujících interních předpisů.)* |
| **3.3.1** | Máte zavedenu Integrační personalistiku | **5** |  |  | *(Dokumenty s pravidly a zodpovědnostmi.)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  |
|  |  | | | | |
| **3.1.2** | Nabízíte svým zaměstnancům zkrácené pracovní úvazky | **5** |  |  | *(Příklady smluv.)* |
| **3.2.3** | Nabízíte svým zaměstnancům kombinaci pracovních pozic | **5** |  |  | *(Příp. popis opatření.)* |
| **3.2.2** | Jak máte nastavenou komunikaci s ošetřujícími a speciálními lékaři | **7** |  |  | *(Úplná soustava existujících interních předpisů.)* |
| **3.3.**  **3.3.1**  **3.3.2**  **3.3.3**  **3.3.4**  **3.3.5**  **3.3.6** | Hygiena pracovišť  Máte zajištěnu bezbariérovost  Upravujete speciálně pracoviště pro zaměstnance OZP  Organizujete svoz zaměstnanců do zaměstnání  Organizujete vzdělávací aktivity  Provozujete sociální službu směřující k zaměstnanosti či integraci OZP  Organizujete sociální bydlení | **12** |  |  | *(Dokumenty s pravidly a zodpovědnostmi.)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.18** | Jsou uplatňována opatření ke zvýšení zájmu zdravotně postižených o práci a o zvýšení jejich sebevědomí? | **6** |  |  | *(Příp. popis opatření.)* |
| **2.19** | Existuje efektivní způsob motivace zdravotně postižených k úspěšným výsledkům jejich práce? | **6** |  |  | *(Příp. popis motivačních opatření.)* |
| **2.20** | Jsou v organizaci chráněna práva osob se zdravotním postižením? | **7** |  |  | *(Příp. popis ochranných opatření.)* |
| **2.21** | Udržuje organizace kontakty s  komunitou zdravotně postižených osob? (jinou než vlastní zaměstnanci) | **5** |  |  | *(Příp. doklady o kontaktech.)* |
| **2.23** | Je organizace z titulu zaměstnávání zdravotně postižených podporována komunitou zdravotně postižených osob? | **5** |  |  | *(Příp. doklady o podpoře.)* |
| **2.24** | Komunikuje organizace s rodinami zdravotně postižených nebo jejich opatrovníky? | **7** |  |  | *(Příp. doklady o kontaktech.)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.25** | Jsou činnosti při „výrobě, kompletaci, balení“ a opatření ke splnění požadavků Modulu I. i Modulu II. součástí certifikovaného systému managementu kvality podle ČSN EN ISO 9001? | **10** |  |  | *(Certifikát od akreditovaného certifikačního orgánu.*  *Příručka kvality. Zpráva z minulého certifikačního auditu a příp. následných dozorových auditů.)* |
|  | **Součet bodů za organizaci** | **80** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Celkový počet bodů** | * **možných:** * **skutečně získaných: tj. %:** |

1. **Máte zapracovány obecné principy sociálního podnikání do zakládacích listin či společenských smluv.**

* **ano 10 Bodů**
* **ne 0 bodů**

1. **Máte zavedený proces reinvestice zisku**

**Ano 5 bodů**

**Ne 0 bodů**

1. **Máte zaveden proces integrační personalistiky**

* **realizujete zkrácené pracovní úvazky pro OZP**
* **umožňujete zaměstnancům OZP střídání pracovních pozic, pokud to potřebují**
* **jak máte nastavenu komunikaci s ošetřujícími a speciálními lékaři vašich zaměstnanců OZP**
* **Organizujete svoz zaměstnanců do zaměstnání**
* **Zabýváte se hygienou pracovišť, bezbariérovost, specifické úpravy pracovišť, bezprašnost, osvětlení**

**Ano 10 bodů**

**Částečně 5 bodů**

**Ne**

1. **Máte zavedeny další integrační nástroje**

* **sociální služba sociální rehabilitace či další SS zvyšující kompetence ozp**
* **sociální bydlení**

**Ano 5 bodů**

**Ne 0 bodů**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **č.** |  |  | **KRITÉRIUM** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ**

Hodnotitelé konstatují, že organizace získala ............%… bodů, což činí více / méně jak 75% možných.

Hodnotitelé doporučují / nedoporučují propůjčení práva užívat ochrannou známku „PRÁCE POSTIŽENÝCH“ zaměstnavatel OZP nebo PRÁCE POSTIŽENÝCH Integrační sociální podnik OZP.

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **ZÁVAZNÁ PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (při sebehodnocení)**  Žadatel závazně prohlašuje, že:   1. má zajištěno pojištění provozovny u některé pojišťovny (Pojišťovací smlouva), 2. veškerá zařízení, používaná při výrobě:   mají provedenou výchozí revizi, včetně revizí průběžných a jsou schválena ve smyslu platných bezpečnostních, hygienických a požárních předpisů a těmto předpisům vyhovuje i vlastní činnost provozovny,   1. veškeré uvedené údaje a skutečnosti jsou pravdivé a nezkreslené. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno zpracovatele. | Datum zpracování: | Razítko a podpis statutárního zástupce: |

***Vyplňuje hodnotitel při ukončení místního šetření:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno hodnotitele | Datum ověření: | Podpis hodnotitele |

**Příloha 1:**

Případné vysvětlivky žadatele k jednotlivým otázkám dotazníku