**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W ZAKRESIE SKORZYSTANIA Z USŁUGI TRANSPORTU INDYWIDUALNEGO DOOR-TO-DOOR W RAMACH PROJEKTU PN. „BLISKI POWIAT BIŁGORAJSKI”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres danych/informacji** | **Dane uzupełnione przez dyspozytora/osobę zgłaszającą** | **Uwagi** |
| **1.** | Imię i nazwisko osoby z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności |  |  |
| **2.** | Data przyjęcia zgłoszenia |  |  |
| **3.** | Numer telefonu użytkownika/użytkowniczki |  |  |
| **4.** | Adres zamieszkania |  |  |
| **5.** | PESEL |  |  |
| **6.** | Wskazanie czy użytkownik/użytkowniczka potrzebuje pomocy opiekuna/asystenta |  |  |
| **7.** | Adres początkowy  |  |  |
| **8.** | Adres docelowy |  |  |
| **9.** | Data i godzina podstawienia samochodu na miejsce początkowe do realizacji usługi |  |  |
| **10.** | Przewidywana godzina powrotu |  |  |
| **11.** | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (tak/nie) |  |  |
| **12.** | Osoba mająca trudność w samodzielnym przemieszczaniu nie posiadająca orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (tak/nie) |  |  |
|  | **Zaznaczyć X przy wskazanym przez użytkownika/ użytkowniczkę celu**  |  |
| **13.** | **CEL – AKTYWIZACJA SPOŁECZNA** |  |  |
| **14.** | **CEL - ZAWODOWY** |  |  |
| **15.** | **CEL - EDUKACYJNY** |  |  |
| **16.** | **CEL - ZDROWOTNY** |  |  |

…………………………………….. ……………………………………

*Podpis dyspozytora Podpis osoby składającej oświadczenie/osoba ją reprezentująca*