**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 docelowy |  |  | |
| **8.** | Data i godzina podstawienia samochodu na miejsce początkowe do realizacji usługi |  |  | |
| **9.** | Przewidywana godzina powrotu |  |  | |
| **10.** | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (tak/nie) lub osoba mająca trudność w samodzielnym przemieszczaniu się |  |  | |
| **Zaznaczyć X przy wskazanym przez użytkownika/ użytkowniczkę celu** | | | | |
| **11.** | **CEL – AKTYWIZACJA SPOŁECZNA** |  |  | |
| **12.** | **CEL - ZAWODOWY** |  |  | |
| **13.** | **CEL - EDUKACYJNY** |  |  | |
| **14.** | **CEL - ZDROWOTNY** |  |  | |

…………………………………….. ……………………………………

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

**OŚWIADCZENIE**

***o spełnieniu kryteriów do korzystania z usługi transportu door – to - door***

***w ramach projektu „Bliski Powiat Biłgorajski”***

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Oświadczam, że spełniam kryteria do korzystania z usługi transportu door - to - door tj.:

1. jestem osobą pełnoletnią,
2. zamieszkuję na terenie powiatu biłgorajskiego,
3. mam trudności w samodzielnym przemieszczaniu się np. ze względu na ograniczoną sprawność,
4. jestem osobą z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności:
5. posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (lub równoważne)

|  |
| --- |
| **Kod niepełnosprawności**  *(proszę o wpisanie)* |
|  |

1. nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności lecz jestem osobą z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności (odpowiednie zaznaczyć):

* poruszającą się na wózku inwalidzkim,
* poruszającą się o kulach,
* niewidomą,
* słabowidzącą,
* mającą problemy w komunikowaniu się w szczególności z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, chorobę psychiczną i inne
* lub inne problemy ograniczające mobilność

1. zapoznałem/zapoznałam się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 5 Regulaminu) przez Administratora danych: Powiat Biłgorajski z siedzibą ul. Kościuszki 94 23-400 Biłgoraj, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem danych osobowych
2. cel podróży jest zgodny z podanym w Formularzu zgłoszeniowym.

*Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/łam się z Regulaminem świadczenia usług transportowych w ramach projektu „Bliski Powiat Biłgorajski” i zobowiązuję się do jego przestrzegania.*

…..…..………………………………………

*(data i czytelny podpis użytkownika/użytkowniczki)*