Załącznik nr 2

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W ZAKRESIE SKORZYSTANIA Z USŁUGI TRANSPORTU INDYWIDUALNEGO**

**DOOR-TO-DOOR – GMINA MALCZYCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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*