****

**Deklaracja korzystania z usługi indywidualnego transportu door-to-door w Gminie Rzepin w ramach**

**projektu „Gmina Rzepin bez barier”**

Uzupełnia Urząd:

Data wpływu wniosku: r.

Nr wniosku: ………….....…………………………………

Czy zrealizowano: Tak/Nie (odpowiednie skreślić)

Data realizacji: …………........................…………………

Godziny realizacji: ……………........................................

Imię i nazwisko: ……………………………....……….....………………………………………

Wiek : …………..............………… , Płeć: Kobieta/Mężczyzna\*

**Dane kontaktowe:**

Adres zamieszkania

………………………………......……………………………………………………………..……

Nr telefonu kontaktowego

…………………………………………………......…………..……………………………………

Adres e-mail (opcjonalnie)

......………………………………………………………………………………….………………. Proponowana data wykonania usługi …......…………………………………………..…………. Godzina rozpoczęcia i zakończenia usługi .....…………………………………………………… Miejsce podstawienia samochodu …………….....……………………………………………….. Miejsce docelowe przejazdu ………………………......………………………………………….. Cel podróży (rodzaj aktywizacji):

1) aktywizacja społeczna .......................................................................................................

2) zawodowy …………………………...........……………………………………..……………

3) edukacyjny …………………………………...........……………………………..…………...

4) zdrowotny ………………………………………………………………...........…..………….

Wariant podróży:

1. wariant I – indywidualna usługa jednorazowa Tak/Nie\*
2. wariant II – usługa cykliczna realizowana wg ustalonego harmonogramu Tak/Nie\*
3. wariant III – wyjazd grupowy w ustalone miejsce Tak/Nie\*

Posiadam/nie posiadam\* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

Nr orzeczenia:……………………………………..........…………………………………….……..

Wydane przez……………………………………………...........…………………………………..

w dniu : …………………………… w stopniu: ……………….........……………………………..

Ważne do dnia…………………………………………………………........………………………

Ewentualne posiadanie przez Użytkownika/Użytkowniczkę zaopatrzenia ortopedycznego (wózek inwalidzki, balkonik, kule, laska i inne niezbędne) ……………………....………………………….

Informacja, czy przy realizacji usługi potrzebny będzie Asystent Tak/Nie\*

Informacja czy podczas usługi towarzyszyć będzie osobie inna osoba (opiekun/opiekunka, członek rodziny lub inna osoba) Tak/Nie\*

Informacja czy osobie towarzyszyć będzie pies przewodnik Tak/Nie\*

Informacja czy Uczestnik/Uczestniczka będzie chciała skorzystać z wózka inwalidzkiego lub schodołazu

………………………………………………………………………...................................………

……………………………………………

(podpis zgłaszającego)

\* niepotrzebne skreślić