



Załącznik Nr 1 do Regulaminu świadczenia usług transportowych DTD dla osób z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności w Gminie Czersk

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW DO SKORZYSTANIA Z USŁUGI TRANSPORTOWEJ DOOR-TO-DOOR W GMINIE CZERSK

Ja.....
(imię i nazwisko) (PESEL)

niżej podpisany(a) oświadczam, że:

Jestem osobą pełnoletnią, zamieszkującą miasto/gminę Czersk;

Jestem osobą mającą trudności w samodzielnym przemieszczaniu się i poruszaniu się, ze względu na ograniczoną sprawność spowodowaną:

.....;

Posiadam/nie posiadam* Orzeczenie o niepełnosprawności (lub równoważne), które zostało wydane przez odpowiedni organ z uwagi na dysfunkcje ruchu/wzroku/inne* powodujące ograniczoną mobilność;

Zapoznałem(am) się z Regulaminem świadczenia usług transportowych door-to-door dla osób z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności w Gminie Czersk, w tym z Klauzulą Informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych Osoby/Użytkownika z potrzebą wsparcia oraz Osoby zgłaszającej Osobę/Użytkownika z potrzebą wsparcia w zakresie usługi transportowej door-to-door w Gminie Czersk.

.....
(data i miejsce oświadczenia)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie
lub opiekuna prawnego)

Załączniki:

orzeczenie o niepełnosprawności

zaświadczenie lekarskie

inny dokument:

* Niepotrzebne skreślić



Załącznik Nr 2
do Regulaminu świadczenia
usług transportowych DTD
dla osób z potrzebą wsparcia
w zakresie mobilności w Gminie Czersk

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU/ROZMOWY WERYFIKUJĄCEJ
Z OSOBĄ (OPIEKUNEM/PRZEDSTAWICIELEM) WYMAGAJĄCĄ WSPARCIA
W ZAKRESIE MOBILNOŚCI**

Data zgłoszenia:, data wywiadu:

Forma zgłoszenia: telefonicznie mailowo osobiście inny

Zgłaszający:

Dotyczy:
(imię i nazwisko) (PESEL)

Wiek: płeć: kobieta mężczyzna

Adres zamieszkania:

Miejscowość: ulica:

Nr domu/lokalu: Poczta: Kod pocztowy:

Telefon kontaktowy: e-mail:

Wskazanie potrzeby wsparcia w zakresie mobilności:

Stopień niepełnosprawności: znaczny umiarkowany lekki brak inne równoważne

Numer orzeczenia: organ wydający:

Kod/oznaczenie niepełnosprawności: data ważności:

Osoba porusza się na wózku inwalidzkim: tak nie

Konieczność zapewnienia wózka w samochodzie: tak nie

Konieczność korzystania z pomocy własnego Opiekuna: tak nie

Konieczność korzystania z pomocy innej osoby, jak np. AON: tak nie



Konieczność korzystania z pomocy własnego psa przewodnika: *tak* *nie*

Stan zaopatrzenia ortopedycznego: *kule* *laska* *balkonik* *inne*:

Cel:

Wskazany przez zamawiającego:

....., tj. w zakresie:

aktywizacji społecznej *aktywizacji zawodowej* *wzmocnienia kompetencji i kwalifikacji*

likwidacji barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie społeczno-zawodowe.

Wariant: *indywidualna usługa jednorazowa* *usługa cykliczna* *usługa grupowa.*

Dokładny adres wyjazdu: *z miejsca zamieszkania (j/w)* *inny*:

Dokładny adres docelowy wyjazdu:

Data wyjazdu: godzina wyjazdu:

Umówiona godzina wizyty u celu: Orientacyjna godzina powrotu:

Wstępna decyzja:

zakwalifikowano do usługi transportowej door-to-door

nie zakwalifikowano do usługi transportowej door-to-door

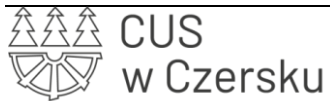
- *powód*:

Ustalono dostarczenie następujących dokumentów:

Potwierdzono kwalifikację: (data) (forma)

Ostatecznie odmówiono realizacji usługi transportowej door-to-door:

Usługi indywidualnego transportu door-to-door oraz poprawa dostępności architektonicznej wielorodzinnych budynków mieszkalnych



telefonicznie dnia:, na piśmie nr:....., z dnia:,

odebrano dnia:.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

Weryfikacji dokonał:

(data, miejscowość, imię i nazwisko – pieczętka imienna)



Załącznik Nr 4
do Regulaminu świadczenia
usług transportowych DTD
dla osób z potrzebą wsparcia
w zakresie mobilności w Gminie Czersk

INDYWIDUALNA KARTA UŻYTKOWNIKA USŁUGI DOOR-TO-DOOR

Użytkownik:
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania/wyjazdu:

Miejscowość: ulica:

Nr domu/lokalu: Poczta: Kod pocztowy:

Adres docelowy:

Miejscowość: ulica:

Nr domu/lokalu: Poczta: Kod pocztowy:

Data podróży: Cel podróży:

Proponowana godzina podstawienia samochodu:

Orientacyjna godzina powrotu:

Konieczność zapewnienia wózka w samochodzie: tak nie

Konieczność korzystania z pomocy własnego Opiekuna: tak nie

Konieczność korzystania z pomocy innej osoby, np. AON: tak nie

Konieczność korzystania z pomocy własnego psa przewodnika: tak nie

Stan zaopatrzenia ortopedycznego: kule laska balkonik inne:

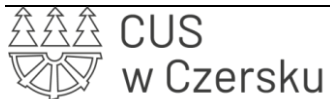
Inne informacje:

.....

.....



Usługi indywidualnego transportu door-to-door oraz poprawa dostępności architektonicznej wielorodzinnych budynków mieszkalnych



Potwierdzam powyższe ustalenia:

.....
(miejsowość, data) (podpis Użytkownika)

Uwagi Kierowcy:

zrealizowano usługę

nie zrealizowano/odmówiono realizacji zamówionej usługi, uzasadnienie:

.....

.....
(miejsowość, data) (podpis Kierowcy)