**

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

Załącznik nr 1

do Regulaminu świadczenia usług transportowych door – to – door

|  |
| --- |
| **Formularz zgłoszeniowy „Usługi indywidualnego transportu door-to-door – dla mieszkańców Miasta Włocławek”.** (Należy wypełnić wszystkie pola formularza wpisując dane lub stawiając znak X w odpowiednim polu. Zgłaszający wypełnia pola białe.) |
| **Uzupełnia Urząd** |
| Data wpływu wniosku |  |
| Nr wniosku |  |
| Czy usługa została zrealizowana *(jeśli nie, podać powód)* |  Tak |  Nie |
| Data i godzina realizacji |  |
|  | **Dane użytkownika/użytkowniczki** |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Płeć | Kobieta Mężczyzna  |
| **Adres zamieszkania** |
| Miejscowość |  | Ulica |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy  |  | Poczta |  |
| Gmina |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Informacje dotyczące wyjazdu** |
| Miejsce odbioru pasażera (dokładny adres) |  |
| Miejsce docelowe (dokładny adres) |  |
| Data wyjazdu |  |
| Godzina wyjazdu |  |
| Transport w jedną stronę |  Tak  |  Nie |
| Planowana godzina powrotu |  |
| Z usługi skorzysta również: | - mój opiekun |  Tak Nie |
| - mój pies asystujący lub pies przewodnik |  Tak Nie |
| **Oświadczam, że:** |
| 1. **Jestem mieszkańcem Miasta Włocławek.**
 |  Tak |  Nie |
| 1. **Cel wyjazdu dotyczy mojej aktywizacji społeczno-zawodowej:**
 |
| **społeczny**  |  Tak |  Nie |
| **zawodowy**  |  Tak |  Nie |
| **edukacyjny** |  Tak |  Nie |
| **zdrowotny**  |  Tak |  Nie |
| 1. **Mam problemy z mobilnością wynikające z tego, że jestem:**
 |
| **Osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne** (kopia orzeczenia lub oświadczenie) |  Tak |  Nie |
| **Osobą z trudnościami w samodzielnym poruszaniu się nieposiadającą orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** (oświadczenie lub zaświadczenie od lekarza rodzinnego) |  Tak |  Nie |
| **Osobą w wieku senioralnym 60+ z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności** (oświadczenie) |  Tak |  Nie |
| **Zgłaszam potrzebę skorzystania z:** |
| **Pomocy asystenta** (pomoc osobom niesamodzielnym w dotarciu z domu do miejsca docelowego i w drodze powrotnej) |  Tak |  Nie |
| **Wózka inwalidzkiego** |  Tak |  Nie |
| **Platformy walizkowej** (urządzenie do transportu osoby na wózku inwalidzkim) |  Tak |  Nie |
| **Schodołaz** |  Tak |  Nie |
| 1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem świadczenia usługi transportowej door-to-door i są mi znane regulacje z niego wynikające, w szczególności jestem świadomy, że:
2. Kierowca/asystent/osoba świadcząca usługę ma możliwość weryfikacji oświadczeń poprzez żądanie odpowiedniego dokumentu:

- dowodu osobistego lub innego dokumentu pozwalającego zidentyfikować tożsamość osoby, - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne, - zaświadczenie od lekarza rodzinnego, wskazującego na ograniczenia w mobilności. 1. Kierowca w uzasadnionych przypadkach może odmówić przejazdu.
2. Czas oczekiwania pojazdu przed budynkiem, w którym przebywa użytkownik/użytkowniczka oczekujący/oczekująca na przejazd wynosi maksymalnie 15 minut.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z załączoną do formularza klauzulą informacyjną.
 |
| **Miejscowość** | **Data**  | **Podpis Użytkownika/Użytkowniczki**  |
|  |  |  |