



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

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Dane kontaktowe: telefon, e-mail

**OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA
O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW SKORZYSTANIA Z USŁUGI
INDYWIDUALNEGO TRANSPORTU DOOR-TO- DOOR**

Oświadczam, że ubiegając się o wsparcie w postaci usługi transportowej door-to-door, jestem osobą z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności, zamieszkuję na terenie Gminy Stawiski i spełniam kryteria korzystania z usługi door-to-door w ramach projektu pn.: „*Usługa indywidualnego transportu door-to-door w Gminie Stawiski*” finansowanego w ramach Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Potrzebuję wsparcia w zakresie transportu w celu:

- ☐ **Zdrowotnym** – wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych (w tym rehabilitacyjnych).
- ☐ **Zawodowym** – w tym. m.in. utrzymanie zatrudnienia, pomoc w wyborze lub zmianie zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy.
- ☐ **Edukacyjnym** – wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy.
- ☐ **Aktywizacji społecznej** – w tym m.in. nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, m.in. poprzez udział w zajęciach/spotkaniach organizowanych przez GOKiS, Klub Seniora, dostęp do kultury (koncerty, spektakle, wydarzenia kulturalne), korzystanie z dóbr kultury (kino, teatr, basen itp.).

Proszę o wskazanie miejsca/instytucji, do których potrzebuje Pan/Pani transportu:





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

Dane dodatkowe (proszę uzupełnić):

Wiek (proszę wpisać): _____

Symbol niepełnosprawności: _____

Przyczyna ograniczenia mobilności: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ poruszam się na wózku
- ☐ poruszam się o kulach
- ☐ jestem osoba niewidomą lub słabowidzącą
- ☐ inne np. wiek, samotność itp. _____

(data)

(czytelny podpis)

