**Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczenia**

**usług door – to – door w Gminie Miejskiej Giżycko**

**ZGŁOSZENIE USŁUGI TRANSPORTOWEJ DOOR-TO-DOOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Użytkownika / Użytkowniczki** |  | |
| **Płeć**  *zaznaczyć X przy pozycji* | **KOBIETA** | **MĘŻCZYZNA** |
| **Adres zamieszkania**  **(adres odbioru osoby potrzebującej transportu)** |  | |
| **Numer telefonu kontaktowy** |  | |
| **Wiek Użytkownika** |  | |
| **Wskazanie potrzeby wsparcia w zakresie mobilności uzasadniającej skorzystanie z usługi:**  **1) stopień niepełnosprawności (lub równoważne)**  **2) osoby, które mają trudności w poruszaniu się np. ze względu na wiek, ograniczoną sprawność (w tym: poruszające się na wózkach inwalidzkich, poruszające się o kulach, niewidome, słabowidzące i inne)** |  | |
| **Posiadanie przez Użytkownika / Użytkowniczkę zaopatrzenia ortopedycznego (wózek, balkonik, kule i inne)** |  | |
| **Adres docelowy lub trasa przejazdu** |  | |
| **Potrzebna pomoc asystenta w dotarciu z wyznaczonego miejsca do pojazdu ( TAK/NIE )** |  | |
| **Potrzeba osoby towarzyszącej :**  **opiekuna Użytkownika ( jeżeli tak - imię i nazwisko ),**  **psa asystującego / przewodnika**  **( TAK/NIE )** |  | |
| **Data i godzina wykazania rozpoczęcia i zakończenia usługi** |  | |

**Data i podpis osoby składającej zgłoszenie…...……………………..…………………………………**

**Data i podpis opiekuna (w razie gdy osoba z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności nie jest**

**w stanie złożyć samodzielnie podpisu)………………………………………………………………...**

**Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie….…...………………..………………………………..**

Adnotacje Koordynatora programu:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………