

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

Załącznik nr 2 do Regulaminu świadczenia  
usług door – to – door w Gminie Miejskiej Giżycko

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW SKORZYSTANIA Z USŁUGI TRANSPORTU DOOR  
- TO - DOOR.

Ja niżej podpisany .....  
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania: .....

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią, zamieszkałą na terenie Gminy Miejskiej Giżycko (Miasto Giżycko) i spełniam kryteria do korzystania z usługi transportu door – to - door w szczególności, tj.:

- jestem osobą z niepełnosprawnościami,  
 jestem osobą z trudnościami w poruszaniu nieposiadającą orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,  
 jestem osobą w wieku senioralnym z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności,  
 jestem osobą, która z powodu problemów z przemieszczaniem się jest wykluczona społecznie  
i zawodowo aczkolwiek potencjalnie może powrócić lub wejść na rynek pracy.

Celem mojej podróży jest :

Cel	Zaznaczenie znakiem „x”
<b>Aktywizacja społeczna</b> W tym m.in. nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, m.in. poprzez udział w zajęciach m.in. w Centrum Integracji Społecznej (CIS), Klubie Integracji Społecznej (KIS), dostęp do kultury (kino, teatr m.in.), spotkania integracyjne.	
<b>Zawodowy</b> W tym m.in. utrzymanie zatrudnienia, pomoc w wyborze lub zmianie zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy.	
<b>Edukacyjny</b> Wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy.	
<b>Zdrowotny</b> Jeżeli celem jest wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych (w tym rehabilitacyjnych).	

Proszę zaznaczyć „X” we właściwym okienku

Data i podpis osoby składającej oświadczenie.....

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

---

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 oświadczenie.....

Adnotacje Koordynatora programu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....