*Załącznik nr 3 do* Regulamin świadczenia usługi

indywidualnego transportu door-to-door

dla osób z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności w Gminie Mogilany

**Formularz zgłoszenia zapotrzebowania na usługę transportową door-to-door**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Informacja o nr zgłoszenia** | **□ Pierwsze zgłoszenie** | **□ Drugie i kolejne zgłoszenie** |
| **2.** | **Imię i nazwisko osoby**  z potrzebą wsparcia  w zakresie mobilności |  | |
| **3.** | **Telefon kontaktowy  i** **adres mailowy** do potwierdzenia zamówienia usługi |  | |
| **4.** | **Data planowanego transportu** |  | |
| **5.** | **Cel transportu**: (np. skorzystanie z usługi medycznej, załatwienie sprawy urzędowej, rozmowa kwalifikacyjna itd.) |  | |
| **6.** | **Godzina rozpoczęcia** świadczenia usługi transportu |  | |
| **7.** | **Adres rozpoczęcia** **usługi transportu** (ulica, numer budynku, nr mieszkania) |  | |
| **8.** | **Adres docelowy usługi transportu** (ulica, numer budynku, nr mieszkania) |  | |
| **9.** | **Przewidywana godzina powrotu** |  | |
| **10.** | **Informacja o potrzebie pomocy w dotarciu z mieszkania do pojazdu** | □ **Potrzebuję pomocy** w dotarciu z mieszkania do pojazdu | |
| □ **Nie potrzebuję pomocy** w dotarciu z mieszkania do pojazdu | |
| **11.** | **Wskazanie konieczności skorzystania z dodatkowych usług** | **□** wózek inwalidzki – poruszam się na swoim | |
| **□** wózek inwalidzki – proszę o przydzielenie | |
| **□** opiekun/opiekunka – jadę ze swoim opiekunem/opiekunką | |
| **□** asystent – jadę ze swoim asystentem osoby niepełnosprawnej | |
| **□** osoba zależna -jadę z osobą ode mnie zależną | |
| **□** pies asystujący – jadę ze swoim psem | |
| **□** inne – jakie? ……………………………………… | |

*……………………………………………………… ……………………………………………………… (Miejscowość, Data) (podpis Osoby Zgłaszającej)*