



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

Oświadczenie o spełnieniu kryteriów do skorzystania z usługi transportu door - to - door.

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

Dane adresowe:.....

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią, zamieszkałą na terenie Gminy Baboszewo 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”
Aktywizacja społeczna 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.	

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

Cel	Zaznaczenie znakiem „X”
<p>Zawodowy</p> <p>W tym m.in. utrzymanie zatrudnienia, pomoc w wyborze lub zmianie zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy.</p>	
<p>Edukacyjny</p> <p>Wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy.</p>	
<p>Zdrowotny</p> <p>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).</p>	

Data i podpis osoby składającej oświadczenie.....

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Proszę zaznaczyć „X” we właściwym okienku