**FORMULARZ ZAMÓWIENIA USŁUGI TRANSPORTOWEJ DOOR -TO- DOOR**

**1.Dane użytkownika:**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………………….

Dane kontaktowe (telefon,email):……………………………………………………………………………….

Wiek:………………………………………………………………………………………………………………

**2.Dane przedstawiciela** (jeśli wniosek wypełnia opiekun/opiekunka lub asystent/asystentka osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj przedstawicielstwa:……………………………………………………………………………………….

**3.Zamawiam usługę transportową:**

Z……………………………………………………………………………………………………………………

(dokładny adres początkowy)

Do………………………………………………………………………………………………..

(adres miejsca docelowego/nazwa instytucji)

**4.Okres wykonania usługi transportu:**

**Cykliczny:** od………………………………………………..do……………………………….

Wnioskowane godziny i dni tygodnia, w jakich będzie realizowana usługa cyklicznie:

Poniedziałek: godz. podstawienia pojazdu…………………- godz. powrotu:…………………

Wtorek:…………………………………………………….. - …………………………………

Środa: ……………………………………………………… - …………………………………

Czwartek: ………………………………………………….. - …………………………………

Piątek: ……………………………………………………… - ………………………………...

**Jednorazowy**:

Data: ……………………….

Godz. podstawienia pojazdu: ……………………………… - godz. powrotu:…………………

**5.Dane dodatkowe** (proszę zaznaczyć**)**

* potrzebuję pomocy w dotarciu z mieszkania do pojazdu
* nie potrzebuję pomocy w dotarciu z mieszkania do pojazdu
* wózek inwalidzki – poruszam się na swoim
* wózek inwalidzki – proszę o udzielenie
* opiekun/asystent – jadę ze swoim opiekunem/asystentem
* osoba zależna – jadę z osobą ode mnie zależną
* pies asystujący – jadę ze swoim psem
* inne – jakie?.....................................................................................................................

**6.Cel podróży zgodny z Oświadczeniem – Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczenia usług transportowych**

**door-to-door** (proszę zaznaczyć)

* aktywizacja społeczna
* zawodowy
* edukacyjny
* zdrowotny

Oświadczam, iż zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem świadczenia usług transportowych door-to-door

w Powiecie Lęborskim oraz spełniam warunki uprawniające do korzystania z usługi.

………………………………… …………………………………………………… (miejscowość , data) (czytelny podpis użytkownika/opiekuna prawnego)

**Wypełnia Dyspozytor/osoba przyjmująca zgłoszenie**

Zgłoszenie zamówienia usługi door to door zostało:

* Przyjęte
* Odrzucone ( podać powód) ...............................................................................................................

....................................................................................................................................................

Usługa transportowa door to door została:

* Wykonana
* Anulowana przed przyjazdem samochodu do miejsca zamieszkania/innego miejsca rozpoczęcia
usługi
* Anulowana po przyjeździe samochodu do miejsca zamieszkania/innego miejsca rozpoczęcia
usługi

.............................
(podpis)