

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

.....
Imię i Nazwisko użytkownika

.....
Adres zamieszkania

.....
Dane kontaktowe : telefon , adres email

OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW SKORZYSTANIA Z USŁUGI TRANSPORTU DOOR-TO-DOOR

Oświadczam , że ubiegając się o wsparcie w postaci usługi transportowej door-to-door, jestem osobą z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności, zamieszkuję na terenie Gminy Lidzbark Warmiński i spełniam kryteria korzystania z usługi door-to-door. w ramach projektu pn.: „**Usługi indywidualnego transportu door-to-door w Gminie Lidzbark Warmiński** ” w ramach Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) 2014-2020.

Potrzebuję wsparcia w zakresie transportu z powodu:

- Zdrowotny - wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych (w tym rehabilitacyjnych).
- Zawodowy- w tym. m.in. utrzymanie zatrudnienia, pomoc w wyborze lub zmianie zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy.
- Edukacyjny - wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy).
- Aktywizacji społecznej- w tym m.in. nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, m.in. poprzez udział w zajęciach m.in. w Klubie Integracji Społecznej (KIS), dostęp do kultury (koncerty, spektakle, wydarzenia kulturalne), spotkania integracyjne (GOKiS, Klub Seniora, UTW), korzystanie z dóbr kultury (kino, teatr, basen itp.)

Proszę o wskazanie miejsca/instytucji, do których potrzebuje Pan/Pani transportu:



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

.....
.....

Dane dodatkowe

Płeć (proszę zaznaczyć):

KOBIETA MĘŻCZYZNA

Wiek (proszę wpisać):

Symbol niepełnosprawności

Przyczyna ograniczenia mobilności: (właściwe zaznacz)

poruszam się na wózku

poruszam się o kulach

jestem osoba niewidomą lub słabowidzącą

inne np. wiek

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)

