



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

Załącznik nr 2  
do Regulaminu świadczenia usług transportowych  
door-to-door dla mieszkańców gminy Brzuze

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEBY WSPARCIA W ZAKRESIE MOBILNOŚCI

Dane osoby z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności		
Imię i Nazwisko		
Adres zamieszkania		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Nr tel. kontaktowego		
Orzeczenie o niepełnosprawności: (jeśli posiada)		
Wskazania istniejącej potrzeby wsparcia w zakresie mobilności:	<input type="checkbox"/> wiek emerytalny <input type="checkbox"/> poruszam się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> poruszanie o kulach <input type="checkbox"/> ograniczona możliwość poruszania się <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba słabowidząca	<input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba słabosłysząca <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> niepełnosprawność psychiczna <input type="checkbox"/> niepełnosprawność intelektualna
Wskazanie celu przejazdu:	<input type="checkbox"/> aktywizacja społeczna <input type="checkbox"/> zawodowy	<input type="checkbox"/> edukacyjny <input type="checkbox"/> zdrowotny
Dane osoby zgłaszającej (wypełnić w przypadku zamawiania usługi dla innej osoby)		
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Nr telefonu		
Informacje dotyczące przewozu		
Data i godzina wykonania przewozu		
Miejsce podstawienia		
Miejsce docelowe (ewentualnie trasa)		
Transport w jedną stronę	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Miejsce powrotu (data i godzina)		

.....  
podpis osoby zgłaszającej