



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik Nr 2
do Regulaminu świadczenia usług
transportowych door-to-door

Formularz zgłoszeniowy

Rozmowa weryfikacyjna z użytkownikiem/opiekunem prawnym

Data zgłoszenia:, data wypełnienia formularza:

Forma zgłoszenia: ☐osobiście ☐telefonicznie

Zgłaszający:

.....

Dotyczy:

(imię i nazwisko)

(PESEL)

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Ulica:

Nr domu/lokalu: Kod pocztowy: Poczta:

Telefon kontaktowy: E-mail:

Wskazanie potrzeby wsparcia w zakresie mobilności:

1. Stopień niepełnosprawności: ☐znaczny ☐umiarkowany ☐lekki ☐inne równoważne ☐brak;
2. Numer orzeczenia:
.....
3. Organ wydający:
.....
4. Symbol przyczyny niepełnosprawności i data ważności:
.....
5. Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim: ☐tak ☐nie
6. Konieczność zapewnienia wózka w samochodzie: ☐tak ☐nie
7. Konieczność korzystania z pomocy własnego Opiekuna: ☐tak ☐nie
8. Konieczność korzystania z pomocy innej osoby, jak np. AOON: ☐tak ☐nie
9. Konieczność korzystania z pomocy własnego psa przewodnika: ☐tak ☐nie



Informacje dotyczące wyjazdu:

1. Cel wskazany przez użytkownika/opiekuna prawnego:
.....
tj. w zakresie:
☐ likwidacji barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie społeczno-zawodowe
☐ wzmocnienia kompetencji i kwalifikacji
☐ aktywizacji zawodowej ☐ aktywizacji społecznej
2. Wariant wsparcia: ☐ indywidualna usługa jednorazowa ☐ usługa cykliczna ☐ usługa grupowa
3. Adres wyjazdu: ☐ z miejsca zamieszkania (j/w) ☐ inny:
.....
4. Adres docelowy wyjazdu:
.....
5. Data i godzina wyjazdu:
.....
6. Umówiona godzina wizyty: Planowana godzina powrotu:
.....
7. Transport w jedną stronę: ☐ tak ☐ nie
8. Wstępna decyzja kwalifikacji: ☐ zakwalifikowano, ☐ nie zakwalifikowano
9. Uzasadnienie rozstrzygnięcia:
.....
10. Potwierdzono kwalifikacje:, data
11. Odmowa, telefonicznie dnia:, na piśmie nr: z dnia
12. Uwagi:
.....
13. Weryfikacji dokonał:
.....