



Formularz zamówienia usługi door-to-door

Imię i nazwisko uczestnika		
Czy osoba z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności będzie korzystać z usługi transportowej	☐ samodzielnie ☐ z opiekunem/opiekunką asystentem/asystentką osoby z niepełnosprawnościami, osobą zależną od uczestnika [dane osoby towarzyszącej] ☐ z psem asystującym	
Termin realizacji usługi <u>jednorazowej</u>	[dzień / miesiąc / rok]	
	[godzina wyjazdu]	
Miejsce odbioru (dokładny adres)		
Miejsce docelowe (nazwa i adres)		
Transport powrotny (jeśli dotyczy)	[planowana godzina powrotu]	
	[adresu, jeśli dotyczy]	
Termin i zakres realizacji usługi <u>systematycznej</u>	okres od [dzień / miesiąc / rok]	
	okres do [dzień / miesiąc / rok]	
	miejsce odbioru [adres]	
	godzina odbioru	
	miejsce docelowe [nazwa i adres]	
	godzina powrotu [jeśli dotyczy]	
	częstotliwość [dni tygodnia]	
Czy uczestnik potrzebuje pomocy w dotarciu z mieszkania do pojazdu		☐ TAK ☐ NIE
Cel podróży [proszę zaznaczyć właściwą kratkę „X” i wskazać powód]		
Aktywizacja społeczna	☐ TAK	
Aktywizacja zawodowa	☐ TAK	
Aktywizacja edukacyjna	☐ TAK	
Cel zdrowotny	☐ TAK	
Dane kontaktowe w celu potwierdzenia zamówienia usługi		

Oświadczam, iż moje dane kontaktowe nie zmieniły się. W przypadku zmiany danych prosimy o poinformowanie Centrum Usług Społecznych w Gminie Fabianki.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis uczestnika