Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczenia usług
transportowych door-to-door w Powiecie Zamojskim

**Osoba z potrzebą wsparcia** ……………………

**w zakresie mobilności** (miejscowość i data)

……………………………………………

 (imię i nazwisko)

……………………………………….....

 (adres do korespondencji)

……………………………………………..

(Kod niepełnosprawności lub innych wskazań w zakresie ograniczenia mobilności)

 **Powiat Zamojski**

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu kryteriów do skorzystania z usługi transportu door-to-door**

**(proszę zaznaczyć „X” we właściwym okienku lub wpisać wymaganą informację)**

Niniejszym oświadczam, że poniższe dane są zgodne ze stanem prawnymi i faktycznym oraz spełniam warunki Regulaminu świadczenia usługi transportowej door - to - door w Powiecie Zamojskim oraz zobowiązuje się do jego przestrzegania, a w przypadkach jego naruszenia do poniesienia wszelkich kosztów wynikających z jego zapisów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj ograniczenia w zakresie mobilności** | **Odpowiedź** |
| 1. | Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny równoważny dokument |  tak  nie |
| 2. | Jeżeli w pkt 1 odpowiedź jest twierdząca należy wskazaćsymbol przyczyny niepełnosprawności  |  01-U 02-P 03-L 04-O 05-R 06-E 07-S 08-T 09-M 10-N 11-I 12-C |
| 3. | Jestem w wieku emerytalnym |  tak  nie |
| 4. | Poruszam się o kulach |  tak  nie |
| 5. | Poruszam się na wózku inwalidzkim  |  tak  nie |
| 6. | Posiadam ograniczoną możliwość poruszania się |  tak  nie |
| 7. | Jestem osoba słabo widzącą |  tak  nie |
| 8. | Jestem osobą niewidomą  |  tak  nie |
| 9. | Jestem osobą słabo słyszącą  |  tak  nie |
| 10. | Jestem osobą głuchą |  tak  nie |
| 11. | Jestem osobą głuchoniewidomą |  tak  nie |
| 12. | Jestem osobą z niepełnosprawnością psychiczną |  tak  nie |
| 13. | Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną |  tak  nie |