**Załącznik nr 2 do Regulaminu świadczenia**

**usług door – to – door w Gminie Miejskiej Giżycko**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW SKORZYSTANIA Z USŁUGI TRANSPORTU DOOR - TO - DOOR.**

**Ja niżej podpisany ………………………………………………………………………………………………………………………..…………**

 ***(imię i nazwisko)***

**Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………………………….**

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią, zamieszkałą na terenie Gminy Miejskiej Giżycko (Miasto Giżycko) i spełniam kryteria do korzystania z usługi transportu door – to - door w szczególności, tj.:

 jestem osobą z niepełnosprawnościami,

 jestem osobą z trudnościami w poruszaniu nieposiadającą orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,

 jestem osobą w wieku senioralnym z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności,

 jestem osobą, która z powodu problemów z przemieszczaniem się jest wykluczona społecznie

 i zawodowo aczkolwiek potencjalnie może powrócić lub wejść na rynek pracy.

**Celem mojej podróży jest :**

| Cel | **Zaznaczenie****znakiem „x”** |
| --- | --- |
| **Aktywizacja społeczna** W tym m.in. nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, m.in. poprzez udział w zajęciach m.in. w Centrum Integracji Społecznej (CIS), Klubie Integracji Społecznej (KIS), dostęp do kultury (kino, teatr m.in.), spotkania integracyjne. |  |
| **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. |  |
| **Zdrowotny** Jeżeli celem jest wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych (w tym rehabilitacyjnych). |  |

**Proszę zaznaczyć „X” we właściwym okienku**

**Data i podpis osoby składającej oświadczenie…...……………………………………………………**

**Data i podpis opiekuna (w razie gdy osoba z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności nie jest**

 **w stanie złożyć samodzielnie podpisu)………………………………………………………………...**

**Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie…...………………..………………………………..**

Adnotacje Koordynatora programu:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………