**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ ZAMAWIANIA PRZEJAZDU W RAMACH USŁUGI TRANSPORTOWEJ DOOR-TO-DOOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  | |
| **Nr telefonu** |  | |
| **E-mail** |  | |
| **Termin usługi** |  | |
| **Miejsce i proponowana godzina podstawienia pojazdu** |  | |
| **Godzina powrotu** |  | |
| **Adres docelowy** |  | |
| **Potrzeba pomocy w zakresie dotarcia do pojazdu** |  TAK  NIE | |
| **Przejazd z opiekunem lub psem asystującym** |  TAK  NIE | |
| **CEL PODRÓŻY (prosimy zaznaczyć znakiem „x” właściwą kratkę)** | | |
| **Społeczny** (wtym 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 itp.), spotkania integracyjne) | |  |
| **Zawodowy** (w tym m.in. utrzymanie zatrudnienia, pomoc w wyborze i 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** (mający na celu wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonujących w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych, w tym rehabilitacyjnych) | |  |

……………………………….………… ………….………………………………..……… Miejscowość, data Podpis Użytkownika/Użytkowniczki