**Zał. Nr 1 do Regulaminu organizacji i funkcjonowania usług transportowych door to door w gminie Domaniów**

**Oświadczenie o spełnieniu kryteriów do skorzystania z transportu indywidualnego w ramach projektu**

**door - to - door.**

Ja niżej podpisany ……………………………………………………………………………… (imię i nazwisko)

Dane adresowe:…………………………………………………………………………………

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią, zamieszkałą na terenie Gminy Domaniów i spełniam kryteria do korzystania z usługi transportu indywidualnego 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 dokultury (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). |  |

**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…...………………..………………………………..**

**Proszę o zaznaczenie odpowiedniej odpowiedzi „x”**