*Załącznik Nr 1*

**OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA**

**O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW SKORZYSTANIA Z USŁUGI TRANSPORTU DOOR-TO-DOOR**

w ramachprojektu pn.: **„Usługi indywidualnego transportu door-to-door w Gminie Wydminy”** w ramach Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) 2014-2020.

**Ja niżej podpisana(y**) .................................................................................................................

(imię i nazwisko użytkownika)

**Zamieszkała(y)**…………………………………………………………………………….…..

(adres zamieszkania)

**Dane kontaktowe:**

* numer telefonu……………………………………………………………………………….…
* adres e-mail……………………………………………………………………………………..

**Wiek** (proszę podać)……………………………………………………………………………

**Płeć** (proszę zaznaczyć):

 ❑ KOBIETA ❑ MĘŻCZYZNA

**Skąd dowiedział(a) się Pan/Pani o usłudze transportu door-to-door?**

………………………………………………………………………………………………….

ubiegając się o przyznanie pomocy w postaci usługi transportowej door-to-door

oświadczam iż, w dniu złożenia oświadczenia jestem osobą z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności z terenu Gminy Wydminy, gdyż spełniam kryteria korzystania z usługi door-to-door.

**Potrzebuję wsparcia w zakresie transportu z powodu:**

❑ Zdrowotny - wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych (w tym rehabilitacyjnych).

❑ 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).

❑ Aktywizacji społecznej- w tym m.in. nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, m.in. udział w zajęciach np. w Klubie Integracji Społecznej (KIS), dostępie do kultury (wydarzenia kulturalne, koncerty, spektakle), spotkaniach integracyjnych (GOK, Klub seniora, UTW).

**Proszę o wskazanie miejsca/instytucji, do których potrzebuje Pan/Pani transportu:**

………………………………………………………………………………………….…….….

……………………………………………………………………………………………..…….

❑ Załączam dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów (kopia orzeczenia, zaświadczenie od lekarza o stanie zdrowia, kontrakt np. z KIS w zakresie korzystania z usług aktywizacji zawodowej, zaświadczenie z korzystania z usług Punktu Konsultacyjnego, zaświadczenie z GOPS o korzystaniu z pomocy z powodu choroby, wieku, decyzja o pobieraniu zasiłku pielęgnacyjnego, bądź inne wskazujące na potrzebę korzystania z usług)………………………………………….…………………

……………………………………………………………………………………………….…..

……………………….………..……. …...……………………………….

(miejscowość, data) (podpis)