*Załącznik Nr 4*

**ZGŁOSZENIE ZAMÓWIENIA NA PRZEWÓZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane osobowe użytkownika |  |
| Adres zamieszkania użytkownika |  |
| Dane kontaktowe np.nr telefonu, e-mail  |  |
| Uprawnienia do przejazdu | 🞎 orzeczenie🞎 ograniczona mobilność (trudności w poruszaniu się)🞎 inne…………………………………………….... |
| Miejsce odbioru | 🞎 miejsce zamieszkania🞎 inne………………………………………..…….. |
| Miejsce docelowe przewozu np. nazwa ulicy, nazwa instytucji |  |
| Termin dokonania usługi |  |
| Proponowana godzina usługi (podstawienia samochodu)  |  |
| Proponowana godzina powrotu |  |
| Wskazanie czy użytkownik/użytkowniczka potrzebuje pomocy/asysty w dotarciu z mieszkania do pojazdu i odwrotnie | 🞎 TAK 🞎 NIE |
| Dane kontaktowe w celu potwierdzenia zamówienia usługi  | 🞎 Dane takie same jak wyżej🞎 Inne…………………………………………. |
|  **Zdrowotny** - wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy oraz dostęp do usług zdrowotnych. **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, |
| **Informacje o COVID-19**: chory/a na COVID –19 🞎 TAK 🞎 NIE objęty/ta kwarantanną w związku z COVID –19 🞎 TAK 🞎 NIE kontakt z osobą chorą lub objętą kwarantanną w ostatnich 14 dniach 🞎 TAK 🞎 NIE  |
| **Data przyjęcia zgłoszenia****Sposób przyjęcia zgłoszenia****Podpis przyjmującego zgłoszenie** | …………………………………………….…..…………………………………………….…..…………………………………………….….. |