

**ZARZĄDZENIE NR 132/2021  
BURMISTRZA MIASTA I GMINY NAKŁO NAD NOTECIĄ**

z dnia 7 września 2021 r.

**w sprawie zmiany zarządzenia Burmistrza Miasta i Gminy Nakło nad Notecią nr WOR.0052.6.2021 z dnia 13 stycznia 2021r. sprawie przyjęcia “Regulaminu świadczenia usług transportu door-to-door w Gminie Nakło nad Notecią”**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r., poz. 1372 t.j.) oraz Regulaminu konkursu grantowego dla jednostek samorządu terytorialnego (ogłoszonego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jako załącznik Nr 1 do uchwały nr 88/2020 Zarządu PFRON z 21.12.2020r)

**zarządzam, co następuje:**

§ 1. Załącznik "Wniosek o korzystanie z usług transportu „door-to-door” w Gminie Nakło nad Notecią" będący integralnym załącznikiem do Regulaminu świadczenia usługi transportowej „door-to-door” w Gminie Nakło nad Notecią z dnia 13 stycznia 2021r. przyjęty zarządzeniem Nr WOR.0052.6.2021 otrzymuje treść jak załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Burmistrz

**Sławomir Napierała**



Załącznik nr 2 do Regulaminu świadczenia usługi DTD

**Wniosek o korzystanie z usługi transportu  
„door-to-door” w Gminie Nakło nad Not.**

**A. Dane wnioskodawcy:**

1. Nazwisko i Imię: .....

2. Data urodzenia: .....-.....-.....

3. Miejsce zamieszkania: .....  
(ulica, nr domu/lokalu)

4. Adres do korespondencji: .....  
(ulica, nr domu/lokalu, kod pocztowy, miasto)

5. Numer telefonu kontaktowego: ....., e mail.....  
(wnioskodawcy lub przedstawiciela)

**B. Dane przedstawiciela ustawowego: (dotyczy jeżeli wniosek wypełnia przedstawiciel)**

1. Nazwisko i imię przedstawiciela: .....

2. Rodzaj przedstawicielstwa: .....  
(np. rodzic, opiekun prawny, kurator, pełnomocnik)

**C. Wskazane potrzeby wsparcia z uwagi na trudności w samodzielnym przemieszczaniu się z uwagi na:**

1. Ograniczoną sprawność (jąką) .....

2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ( lub równoważne) – (jakie ? )  
.....  
.....

**D. Trasa przejazdu:**

1. Na terenie Gminy Nakło nad Not.: z:

.....

(miejsce zamieszkania -ulica, nr domu/lokalu)

do. ....

(adres miejsca docelowego -ulica, nr domu/lokalu),

2. Poza teren Gminy Nakło nad Not. z:

.....  
(miejsce zamieszkania -ulica, nr domu/lokalu)

do .....  
(adres miejsca docelowego -ulica, nr domu/lokalu),

E. Wnioskowany okres wykonywania usługi door-to-door :

od: .....(data) , ..... ( godzina)

do: .....(data) , ..... ( godzina)

F. Oświadczenie o oczekiwanych uwarunkowaniach przewozu (podkreślenie właściwej odpowiedzi) \*:

1. Konieczność jazdy w wózku inwalidzkim.
2. Możliwość jazdy na fotelu samochodowym po przesadzeniu z wózka inwalidzkiego.
3. Konieczność przewozu wózka w samochodzie (osoba siedzi w fotelu).
4. Konieczność zapewnienia miejsca dla opiekuna indywidualnego.
5. Konieczność korzystania z schodolazu.
6. Inne:.....

G. Deklaracja użytkownika określająca cel przejazdu

Cel przejazdu	Zaznaczenie znakiem „X”
<b>Aktywizacja społeczna</b> 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 itp.), możliwość udziału w spotkaniach integracyjnych, zajęciach DDP, UTW, spotkania emerytów i rencistów, załatwienia spraw urzędowych itp.	
<b>Zawodowy</b> W tym. m.in. utrzymanie zatrudnienia, pomoc w wyborze lub zmianie zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy. (poprzez m.in. udział w zajęciach w CIS, KIS lub WTZ, kursy i szkolenia zawodowe), pomoc w utrzymaniu zatrudnienia)	



Cel przejazdu	Zaznaczenie znakiem „X”
<b>Edukacyjny</b> <b>Wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy).</b>	
<b>Zdrowotny</b> <b>(placówki rehabilitacyjne, zdrowotne) 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), dojazd do punktów szczepień (COVID-19)</b>	

H. Do wglądu pracownika obsługującego program:

- a) Orzeczenie Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności o stopniu niepełnosprawności.
- b) Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy w połączeniu z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- c) Legitymacja osoby niepełnosprawnej z wpisanym symbolem niepełnosprawności.
- d) Zaświadczenie lub wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora.
- e) Pełnomocnictwo.

I. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące danych zawartych we wniosku:

„Przyjąłem do wiadomości, że wystąpienie okoliczności wskazujących na niezgodność ze stanem faktycznym i prawnym informacji podanych we wniosku może skutkować odrzuceniem wniosku lub wstrzymaniem przednio przyznanego przejazdu.

.....  
( Data i podpis )