

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

Usługa transportowa dla osób niepełnosprawnych będzie możliwa do zrealizowania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach po zapoznaniu się przez osobę niepełnosprawną lub jej pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego z „Regulaminem świadczenia nieregularnych usług transportowych dla niepełnosprawnych mieszkańców Powiatu Polickiego” oraz po podpisaniu stosowanych oświadczeń i przedłożeniu orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.

1. Oświadczam, że zapoznałam/lem się z treścią „Regulaminu świadczenia nieregularnych usług transportowych dla niepełnosprawnych mieszkańców Powiatu Polickiego”, realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.
2. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną:*
 - poruszającą się na wózku inwalidzkim,
 - poruszającą się o kulach,
 - poruszającą się przy pomocy balkonika,
 - niewidomą poruszającą się przy pomocy „białej laski”.
3. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną:*
 - wymagającą opieki osoby drugiej podczas przejazdu do wyznaczonego miejsca,
 - niewymagającą opieki osoby drugiej podczas przejazdu do wyznaczonego miejsca
4. Przyjmuję do wiadomości, że jako osoba niepełnosprawna, wymagająca opieki osoby drugiej jestem zobowiązany do zapewnienia sobie pomocy opiekuna podczas przejazdu do wyznaczonego miejsca.
W przypadku braku zapewnienia sobie pomocy osoby drugiej usługa transportowa nie będzie zrealizowana.

.....
(podpis osoby korzystającej z usług transportowych lub
osoby uprawnionej)

* należy zaznaczyć właściwe