Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ZAMÓWIENIE USŁUGI TRANSPORTOWEJ DOOR-TO-DOOR
Program wyrównywania różnic między regionami III - obszar H

1	Imię i nazwisko uczestnika	
2	PESEL, a w przypadku braku PESEL - data urodzenia	
3	Adres zamieszkania	
4	Telefon	
	Osoba zgłaszająca i podstawa zgłoszenia, jeżeli zgłoszenia nie składa uczestnik	- uczestnik - tak/nie - przedstawiciel ustawowy - tak/nie - opiekun prawny – tak/nie - osoba działająca za zgodą uczestnika tak/nie Imię i nazwisko /……. Telefon……
5	Ogólny stan zdrowia	
6	Miejsce odbioru,	
7	Data i godzina podstawienia pojazdu	
8	Miejsce docelowe	
9	Czy zamówienie obejmuje przejazd powrotny	tak/nie, data i godzina powrotu …….
10	Cel przejazdu	- leczenie - tak/nie - rehabilitacja - tak/nie - praca / aktywizacja - tak/nie - instytucja publiczna + tak/nie - inny: ……
11	Potrzebne udogodnienia	- asystent - tak/nie - osoba towarzysząca - tak/nie - wózek manualny - tak/nie - wózek elektryczny - tak/nie

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

		- kule / balkonik – tak/nie - inne: ……..
12	Potrzeba wsparcia podczas przejazdu	- pomoc przy dojściu do pojazdu – tak/nie - pomoc przy wsiadaniu/wysiadaniu – tak/nie - mocowanie wózka – tak/nie - pies asystujący – tak/nie Inne informacje niezbędne dla bezpieczeństwa: …… ……

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenia uczestnika / przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu są prawdziwe i aktualne, a OPS może je przetwarzać w celu organizacji i realizacji zgłoszonego przejazdu.
2. Oświadczam, że uczestnik zamieszkuje na terenie Gminy Dębno.
3. Oświadczam, że uczestnik posiada ważne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność albo orzeczenie równoważne.
4. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o zmianie danych, utracie ważności orzeczenia lub zmianie potrzeb transportowych istotnych dla bezpiecznej realizacji usługi.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług door-to-door i akceptuję jego postanowienia.

Wyraźna zgoda w zakresie danych szczególnych kategorii - jeżeli jest wymagana.

Wyrażam wyraźną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących niepełnosprawności, stanu zdrowia i potrzeb transportowych osoby uprawnionej, wyłącznie w zakresie niezbędnym do ustalenia uprawnienia do usługi door-to door, organizacji i bezpiecznej realizacji przewozu oraz rozliczenia i sprawozdawczości Programu. Zostałem/am poinformowany/a, że zgodę można wycofać w dowolnym momencie, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem; odmowa lub wycofanie zgody w zakresie danych niezbędnych może uniemożliwić korzystanie z usługi.

Miejscowość i data: ..... Podpis: .....