

Załącznik Nr 1 do Regulaminu programu "Stalowowski niepełnosprawny senior Taxi" realizowanego przez Mops w Stalowej Woli.

KARTA ZGŁOSZENIOWA

do programu „STALOWOWOLSKI NIEPEŁNOSPRAWNY SENIOR TAXI”

realizowanego w ramach realizacji umowy nr POS /000003/09/D obejmującej dodatkowe wsparcie dla osób niepełnosprawnych , uruchomione w 2021 r. w związku z ogłoszonym na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii wywołanym wirusem SARS- Cov -2, Moduł IV programu " Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi.

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROGRAMU													
Imię													
Nazwisko													
Data urodzenia													
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna											
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ADRES ZAMIESZKANIA													
Ulica:													
Nr domu:		Nr lokalu:											
Miejscowość:		Kod pocztowy:											
Gmina:		Powiat:											
Województwo													
Telefon stacjonarny													
Telefon komórkowy:													
Adres e-mail:													

- Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest¹:

- osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz.U. z 2019r. poz. 1172);
- osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r., poz. 546, z późn. zm.);
- osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2018r. poz.1270)

- Proszę podać stopień niepełnosprawności

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

- Jestem osobą, u której dochód **nie przekracza 250 %** kryterium dochodowego dla osoby samotnie gospodarującej lub na osobie w rodzinie i wynosi

.....

- Oświadczam**, iż zamieszkuję na terenie Gmina Stalowa Wola.
- Oświadczam**, iż zapoznałem się z treścią Regulaminu Programu Strefa dowozu dla niepełnosprawnego Seniora
- Oświadczam**, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia lub podanie danych w Formularzu Zgłoszeniowym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z udziału w programie i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/tki