Załącznik nr 5 do Regulaminu świadczenia usług transportowych door-to-door

 **Powiat Lubartowski**

**ANKIETA**

**dotycząca usługi transportowej door-to-door**

**realizowanej przez Powiat Lubartowski**

***Szanowni Państwo!***

**Uprzejmie informujemy, że wyniki niniejszego badania ankietowego mają na celu zebranie opinii lokalnych instytucji i organizacji pozarządowych na temat usług transportowych door-to-door, świadczonych przez Powiat Lubartowski mogące przyczynić się do poprawy dostępności i jakości usług transportowych door-to-door.**

 **(proszę zaznaczyć „X” we właściwym okienku/skreślić „X” właściwą cyfrę/ sformułować propozycje, opinie, uwagi)**

1. **Pełna nazwa instytucji/organizacji pozarządowej**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2. Forma prawna instytucji/organizacji pozarządowej**

 Jednostka organizacyjna;

 Jednostka kultury;

 Jednostka oświaty;

 Pracodawca;

 Zakład Opieki Zdrowotnej;

 Fundacja;

 Klub sportowy;

 Stowarzyszenie;

 Uczniowski klub sportowy;

 Stowarzyszenie zwykłe;

 Organizacja kościelna;

 Stowarzyszenie kultury fizycznej;

 Inna, jaka?..................................................................................................................................

1. **Obszar działalności**

 Pomoc społeczna;

 Wspieranie rodziny i systemu pieczy zastępczej;

 Działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych

wykluczeniem społecznym;

 Działalność charytatywna;

 Ochrona i promocja zdrowia;

 Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych;

 Promocja zatrudnienia i aktywizacji zawodowej osób pozostających bez pracy i zagrożonych zwolnieniem z pracy;

 Działalności na rzecz osób w wieku emerytalnym;

 Nauka, szkolnictwo wyższe, edukacja, oświata i wychowanie;

 Udzielanie nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego;

 Promocja i organizacja wolontariatu;

 Przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym;

 Działalność w zakresie krzewienia kultury fizycznej i sportu.

 Inny,

jaki?..............................................................................................................................................

1. **Jak Państwo oceniają:**
2. **realizację usługi transportowej door-to-door przez Powiat Lubartowski**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. **stopień ograniczenia problemu przemieszczania się osób z ograniczoną mobilnością w Powiecie Lubartowskim w związku z realizacją usługi transportowej door-to-door**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**5. Czy macie Państwo propozycje, opinie, uwagi odnośnie możliwości poprawy jakości usługi transportowej door-to-door realizowanej przez Powiat Lubartowski**

**a) Nie**

**b) Tak,**

**jakie?...……………………………………………………………………………………….**

## **Uprzejmie prosimy o zwrot prawidłowo i kompletnie wypełnionej ankiety do Starostwa Powiatowego w Lubartowie ul. Słowackiego 8, 21-100 Lubartów lub na adres e-mail:** **zdrowie@powiatlubartowski.pl**