



Consell Comarcal
del Segrià

Característiques de la ruta i de les persones beneficiàries (Omplir per cada ruta)

Nom de l'entitat sol·licitant	
Ruta: (municipi inici / final)	
Servei de Transport Adaptat	Propi Contractat
Nom empresa que realitza el servei	
Tipus de vehicle	
Núm. de places ruta	
Núm. de places ocupades	
Indicar el temps màxim (en minuts) que les persones usuàries estant al vehicle	
Total de parades de la ruta d'anada i tornada	
Acompanyant	Sí No
Especificar total de Km/dia	
Pressupost del cost del servei de la ruta anual	



Consell Comarcal
del Segrià

Jo, (nom i cognoms) _____, amb DNI _____, com a director/a del _____.

Declaro que les següents persones (1) assisteixen al centre i utilitzen la ruta de transport adaptat que va des de _____ (Municipi) fins a _____ (Municipi).

Nom i Cognoms	Edat	Municipi de Residència	Hora recollida	Hora tornada	Núm. Dies / mes	Núm. Mesos / any	(2) Grau de discapacitat		(2) BMR	(2) BA	(2) D	(2) CR	Preu usuari / mes
							≥33% i <65%	≥ 65%					

(1) Aquestes persones hauran de complir els requisits de l'apartat a) de l'article 4. Beneficiaris de les Bases específiques reguladores dels ajuts.

(2) Es obligatori especificar aquesta informació d'acord a l'informació sol·licitada pel Departament de Treball, Afers socials i famílies: BM (Barem de mobilitat reduïda), BA (Barem d'Acompanyament), D (Persona diagnosticada de demència), CR (persona que utilitza cadira de rodes).