

Nazwa podmiotu realizującego: <b>Gmina Wieniawa</b>
Adres: <b>ul. Kochanowskiego 88</b> <b>26-432 Wieniawa</b>

Potwierdzenie wpływu wniosku
------------------------------

**WNIOSEK**

**w sprawie zwrotu kosztów rodzicowi/prawnemu opiekunowi za dowóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego do szkoły, przedszkola, oddziału przedszkolnego, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka, który powierzył transport i opiekę w czasie przewozu innemu podmiotowi**

**CZEŚĆ I.**

<b>1.DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY</b>		
1.1 Imię i Nazwisko		
1.2 PESEL		
1.3 Przedstawicielstwo <i>(należy zaznaczyć stawiając znak X)</i>		
<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> opiekun prawny		
1.4 Adres stałego zameldowania		
Ulica <i>(nr domu/lokalu)</i>	Kod pocztowy:	Miejscowość:
1.5 Adres do korespondencji <i>(wpisać jeśli inny niż zameldowania)</i>		
Ulica (nr domu/lokalu)	Kod pocztowy:	Miejscowość:
1.6 Telefon kontaktowy i adres e-mail:		
1.7 Numer konta bankowego:		

<b>2. OSOBĄ UPRAWNIONĄ DO KORZYSTANIA Z BEZPŁATNEGO DOWOZU JEST</b> ( <i>należy zaznaczyć wstawiając znak X</i> )		
<input type="checkbox"/>	Dziecko 5-letnie lub 6-letnie, które posiada orzeczenie o niepełnosprawności.	
<input type="checkbox"/>	Dziecko w wieku powyżej 7 lat, które posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/któremu odroczone spełnianie obowiązku szkolnego.	
<input type="checkbox"/>	Dziecko/uczeń niepełnosprawny, niesłyszący, słabosłyszący, niewidomy, słabowidzący, niedostosowany społecznie bądź zagrożony niedostosowaniem społecznym, wymagający stosowania specjalnej nauki i metod pracy.	
<input type="checkbox"/>	Dziecko/uczeń z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, i z niepełnosprawnościami sprzężonymi.	
<input type="checkbox"/>	Dziecko/uczeń z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna.	
<b>3. DANE OSOBOWE DZIECKA/UCZNI</b>		
3.1 Imię i nazwisko dziecka/ucznia którego dotyczy wniosek		
3.2 PESEL		3.3 WIEK
3.4 Adres stałego zameldowania		
Ulica ( <i>nr domu/lokalu</i> ):	Kod pocztowy:	Miejscowość:
3.5 Adres zamieszkania/korespondencji ( <i>wpisać jeśli inny niż zameldowania</i> )		
Ulica ( <i>nr domu/lokalu</i> ):	Kod pocztowy:	Miejscowość:
3.6 Miejsce realizacji kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ( <i>należy zaznaczyć stawiając znak X</i> )		
<input type="checkbox"/> w przedszkolu <input type="checkbox"/> w szkole podstawowej <input type="checkbox"/> w oddziale przedszkolnym <input type="checkbox"/> w szkole ponadpodstawowej <input type="checkbox"/> w innej formie wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> w OREW		
3.7 Pełna nazwa placówki i adres:		

<b>4. INFORMACJE O PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DOWÓZ I OPIEKĘ W CZASIE PRZEWOZU DZIECKA/UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO</b>	
4.1 Nazwa podmiotu	
4.2 Marka, rodzaj i typ samochodu, którym będzie przewożone dziecko/uczeń	
4.3 pojemność skokowa silnika w cm <sup>3</sup>	4.4 rodzaj paliwa (należy zaznaczyć stawiając znak X)
	<input type="checkbox"/> diesel <input type="checkbox"/> benzyna <input type="checkbox"/> benzyna + gaz
4.5 rok produkcji pojazdu	4.6 ilość KM (koni mechanicznych) pojazdu
<b>5. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY (zaznaczyć znakiem X oraz uzupełnić wpis)</b>	
5.1. Wnioskodawca, oświadcza, że	
<input type="checkbox"/>	Powierzył wykonywanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi.
<input type="checkbox"/>	Podmiot zapewnia przejazd dziecka/ucznia..... dni w tygodniu/miesiącu. (niepotrzebne skreślić)
<input type="checkbox"/>	Planuje dowożenie w okresie czasu od ..... -20..... roku, do ..... -20..... roku. (dzień, miesiąc) (rok) (dzień, miesiąc) (rok)
<input type="checkbox"/>	Podmiot dowozi dziecko <b>najkrótszą</b> trasą drogami publicznymi z miejsca zamieszkania dziecka/ucznia do placówki oświatowej i z powrotem. Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej i z powrotem wynosi..... km.
<input type="checkbox"/>	Rodzice/opiekunowie prawni nie uzyskują zwrotu lub dofinansowania kosztów dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego z innych źródeł.
<input type="checkbox"/>	Informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą.
<input type="checkbox"/>	Załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z oryginałem
<input type="checkbox"/>	Przyjmuje do wiadomości, że podane we wniosku oraz załącznikach do wniosku informacje będą kontrolowane w celu weryfikacji uprawnienia do zwrotu kosztów dowożenia
<b>6. INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH (należy zaznaczyć stawiając znak X)</b>	
<u>Załączniki są wymagane.</u>	
<input type="checkbox"/>	aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
<input type="checkbox"/>	aktualne orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
<input type="checkbox"/>	skierowanie do kształcenia specjalnego w danym przedszkolu/szkole/ośrodku lub jeśli nie posiada skierowania - aktualne zaświadczenie wydane przez przedszkole, szkołę lub ośrodek o realizowaniu przez dziecko odpowiednio: obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
<input type="checkbox"/>	pełnomocnictwo (upoważnienie) drugiego rodzica/opiekuna prawnego dziecka do wnioskowania /zawarcia umowy we wspólnym interesie
<input type="checkbox"/>	oświadczenie podmiotu, że dowozi dziecko do przedszkola/szkoły/placówki i sprawuje opiekę w czasie jazdy

□	oświadczenie rodzica, że powierzył wykonywanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi
□	oświadczenie rodzica lub prawnego opiekuna o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów uzyskania zwrotu kosztów dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego oraz jego opiekuna do szkoły, przedszkola, oddziału przedszkolnego, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka* zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie o ochronie danych osobowych).
□	oświadczenie rodzica lub prawnego opiekuna o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Urzędzie Gminy Wieniawa, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenia o ochronie danych osobowych zawartą na stronie internetowej <a href="http://www.gminawieniawa.pl">www.gminawieniawa.pl</a> )

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis wnioskodawcy)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o zwrot kosztów dowozu ucznia/dziecka niepełnosprawnego

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

do .....  
(nazwa przedszkola/ szkoły/ośrodka)

oświadczam, że:

1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz dokumentach załączonych do wniosku, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu dowozu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie o ochronie danych osobowych);

2) oświadczam, że zapoznałam(-łem) się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Urzędzie Gminy Wieniawa zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

.....  
(miejsce i data złożenia oświadczenia)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

**CZEŚĆ II.**

Wypełnia Urząd Gminy Wieniawa.

<b>INFORMACJA O WERYFIKACJI FORMALNEJ I MERYTORYCZNEJ WNIOSKU</b>	
	<input type="checkbox"/> wniosek kompletny <input type="checkbox"/> wniosek niekompletny - brak/konieczność uzupełnienia
	<input type="checkbox"/> wniosek spełnia kryteria zwrotu kosztów dowożenia <input type="checkbox"/> wniosek nie spełnia kryteriów zwrotu kosztów dowożenia
	<input type="checkbox"/> wnioskodawca spełnia kryteria zawarcia umowy zwrotu kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego oraz jego opiekuna do przedszkola, oddziału przedszkolnego/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły/ośrodka.  <input type="checkbox"/> wnioskodawca nie spełnia kryteriów zawarcia umowy zwrotu kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego oraz jego opiekuna do przedszkola, oddziału przedszkolnego/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły/ośrodka.
	Uzasadnienie w razie odmowy ..... ..... ..... .....

.....  
 (miejsowość, data)

.....  
 (podpis pracownika)