

.....  
(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)

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

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

**WNIOSEK**  
**w sprawie organizacji przez gminę dowozu ucznia do szkoły/przedszkola/oddziału**  
**przedszkolnego/innej formy wychowania przedszkolnego/ośrodka**

- Czy dziecko porusza się na wózku inwalidzkim? tak  nie
- Dodatkowe informacje o potrzebach dziecka niezbędne podczas korzystania z dowozu zbiorowego uczniów niepełnosprawnych (*konieczność fotelika, podkładki, itp.*):  
.....
- Informacje na temat zachowania się dziecka podczas jazdy samochodem:  
.....

**CZĘŚĆ 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 ( <i>nr domu/lokalu</i> )	Kod pocztowy:	Miejscowość:

1.6 Telefon kontaktowy i adres e-mail:		
1.7 Numer konta bankowego:		
<b>2. OSOBĄ UPRAWNIONĄ DO KORZYSTANIA Z BEZPŁATNEGO TRANSPORTU I OPIEKI W CZASIE PRZEWOZU 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 wnioszek		
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:

**4. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY** (zaznaczyć wstawiając znak X oraz uzupełnić wpis)

3.1. Wnioskodawca, oświadcza, że

<input type="checkbox"/>	planuje okres świadczonej usługi od ..... -20..... roku, do ..... -20..... roku. <i>(dzień, miesiąc) (rok) (dzień, miesiąc) (rok)</i>
<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.

**4. INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH** (należy zaznaczyć stawiając znak X)

Załączniki są wymagane.

<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 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).
<input type="checkbox"/>	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)

**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)