

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO

Ilekoć we wniosku jest mowa bez bliższego określenia o placówce oświatowej, należy przez to rozumieć odpowiednio formy kształcenia i wychowania o których mowa w art. 32 ust. 6 i art. 39 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U.2023.900 t.j.).

Wnioskuję o zwrot kosztów przejazdu dziecka niepełnosprawnego i jego opiekuna do placówki oświatowej prywatnym samochodem.

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Nazwisko i imię dziecka.....

2. Data i miejsce urodzenia

3. Adres zamieszkania dziecka i rodzica/ów

4. Dokładna nazwa i adres placówki oświatowej, do której będzie uczęszczało dziecko

Grupa wiekowa w przedszkolu ; Klasaw szkole podstawowej;
Klasa..... w szkole ponadpodstawowej; Inna forma kształcenia (opisać).....

5. Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna realizującego dowóz

6. Okres dowożenia do placówki oświatowej: od.....do.....
(data rozpoczęcia i zakończenia dowozu w danym roku szkolnym)

7. Dane pojazdu, którym będzie dowożone dziecko do placówki oświatowej:

- Marka pojazdu:.....

- Typ:.....

- **Pojemność skokowa silnika:**

- Seria i nr dowodu rejestracyjnego:

8. Rodzaj paliwa według danych producenta pojazdu (proszę wskazać rodzaj paliwa znakiem X):

☐ ON,

- ☐ benzyna
- ☐ LPG.

9. Dowożenie będzie realizowane w schemacie (proszę wskazać schemat, znakiem X):

- A. ☐ miejsce zamieszkania → placówka oświatowa → miejsce zamieszkania (dowóz i powrót)
- B. ☐ miejsce zamieszkania → placówka oświatowa → miejsce pracy (dowóz i powrót)

W przypadku realizacji dowozu w schemacie B, proszę podać adres miejsca pracy rodzica/ prawnego opiekuna, który będzie realizował dowóz.....
.....
.....

10. Dodatkowe informacje, które mogą mieć istotne znaczenie dla sposobu naliczania kosztów przejazdu dziecka niepełnosprawnego i jego opiekuna do placówki oświatowej prywatnym samochodem. (np. dowóz bliźniaków-opisać szczegółowo sposób dowożenia, w tym wskazać wspólną trasę dzieci, jeden wniosek na jedno dziecko).....
.....
.....

11. Imię i nazwisko właściciela rachunku.....
Nr rachunku bankowego:

Oświadczenia wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem*, dziecka niepełnosprawnego
2. sprawuję nieograniczoną władzę rodzicielską i opiekę nad dzieckiem, o którym mowa w pkt 1,
3. zapewniam dziecku o którym mowa w pkt 1 dowożenie do/z placówki oświatowej,
4. przyjmuję do wiadomości, że liczba kilometrów zostanie określona na podstawie danych ze strony Internetowej Mapy Google i będzie to trasa najkrótsza, z zaokrągleniem w górę do dziesiętnych części km., na podstawie podanych adresów i podanego schematu dowozu,
5. informacje zawarte w złożonym wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą,
6. przyjmuję do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane w celu weryfikacji uprawnienia do zwrotu kosztów dowożenia,
7. przedkładałam do wglądu wymagane poniżej oryginalne dokumenty:
 - a) Aktualne orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka lub potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane na podstawie art. 127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U.2023.900 t.j.),
 - b) Uprawnienie do kierowania samochodem, osoby realizującej dowóz,
 - c) Dowód rejestracyjny samochodu, którym dziecko będzie dowożone,
 - d) Inne dokumenty niezbędne do zawarcia umowy:
 - Upoważnienie - zgoda właściciela/współwłaściciela do użytkowania samochodu - w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest jedynym właścicielem samochodu, lub użytkuje samochód, który nie jest jego własnością.

-
*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Burmistrz Wasilkowa informuje, że:

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Administratorem Państwa danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest Burmistrz Wasilkowa z siedzibą przy ul. Białostockiej 7, 16-010 Wasilków, NIP: 966 210 43 41, tel.: 85 7185 400.

1. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty elektronicznej, przesyłając informację na adres: iod@wasilkow.pl lub dzwoniąc pod numer: 85 7185400 w 025.
2. Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu przeprowadzenia postępowania administracyjnego.
3. Podane dane będą przetwarzane na podstawie **ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz.U.2023.900 t.j.)** i przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, zgodnie art 6 pkt1 ust c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).
4. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
5. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Podane przez Pana/Panią dane nie będą profilowane ani przetwarzane automatycznie.
7. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z klasyfikacją JRWA.
- 8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**