Gzy, dnia ………………………………

**Wójt Gminy Gzy**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów przewozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły/przedszkola/ośrodka\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY** | | | |
| Imię i nazwisko | |  | |
| Seria i numer dowodu osobistego | |  | |
| PESEL | |  | |
| Adres zamieszkania | | Miejscowość |  |
| Ulica (nr domu/lokalu) |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy | |  | |
| Numer konta bankowego | |  | |
| Przedstawicielstwo *(należy zaznaczyć właściwe, stawiając znak* ***X)*** | | * Rodzic * Opiekun prawny | |
| **II. DANE OSOBOWE UCZNIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK** | | | |
| Imię i nazwisko | |  | |
| Data urodzenia | |  | |
| Adres zamieszkania | | Miejscowość |  |
| Ulica (nr domu/lokalu) |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejsce realizacji kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno – wychowawczych *(należy zaznaczyć właściwe, stawiając znak* ***X*** *oraz uzupełnić wpis poniżej)* | | * w przedszkolu * w oddziale przedszkolnym * w innej formie wychowania przedszkolnego * w szkole podstawowej * w szkole ponadpodstawowej * w ośrodku rewalidacyjno - wychowawczym | |
| Pełna nazwa i adres placówki | | | |
|  | | | |
| **III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**  *(należy zaznaczyć właściwe, stawiając znak* ***X*** *oraz uzupełnić luki lub niepotrzebne skreślić)* | | | |
| Wnioskodawca oświadcza, że: | | | |
|  | Zapewnia dowożenie i opiekę samodzielnie. | | |
|  | Zapewnia dowożenie wspólnie z drugim rodzicem (koszty ponoszone są wspólnie) i posiada jego pełnomocnictwo do wnioskowania we wspólnym interesie. | | |
|  | Planuje dowożenie w okresie od ………..…….. 20…. roku do ….…..………. 20….. roku. | | |
|  | Zapewnia dowożenie prywatnym samochodem osobowym marki ………………….., model……………………, numer rejestracyjny ………………………, rok produkcji …………………, pojemność silnika ………….., rodzaj paliwa …………………, średnie zużycie paliwa w jednostkach na 100 km według danych producenta pojazdu ……………… | | |
|  | **1.Dowozi dziecko jadąc do placówki z miejsca zamieszkania.**  **Dowóz:**  Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do placówki: ………  **Powrót:**  Liczba kilometrów z placówki do miejsca zamieszkania: ……… | | |
|  | **2. Dowozi dziecko do placówki, jadąc do miejsca pracy.**  Adres miejsca pracy: ………………………………………………………………………….  **Dowóz:**  Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do placówki: ……....  Liczba kilometrów z placówki do miejsca pracy: ………  **Powrót:**  Liczba kilometrów z miejsca pracy do placówki: .………  Liczba kilometrów z placówki do miejsca zamieszkania: ……….  Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy, jeśli nie wykonywałby przewozu, o którym mowa powyżej: ………… | | |
|  | **3.Powierzył wykonywanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi**.  Nazwa podmiotu: ……………………………………………………………..………………  Wyżej wymieniony podmiot zapewnia przewóz samochodem osobowym marki ……….…….…….. model………..……………, numer rejestracyjny ………………………, rok produkcji …………………, pojemność silnika ………….., rodzaj paliwa …………………, średnie zużycie paliwa w jednostkach na 100 km według danych producenta pojazdu ……………… .  Najkrótsza trasa z miejsca zamieszkania ucznia do placówki i z powrotem, przejeżdżana tym samochodem to …….. km. | | |
|  | Nie uzyskuje zwrotu lub dofinansowania kosztów przewozu ucznia niepełnosprawnego oraz jego opiekuna z innych źródeł. | | |
|  | Informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. | | |
|  | Załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z oryginałem. | | |
|  | Przyjmuje do wiadomości, że podane we wniosku oraz załącznikach informacje będą kontrolowane w celu weryfikacji uprawnienia do zwrotu kosztów dowożenia. | | |
| **IV. INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH**  *(należy zaznaczyć właściwe stawiając znak X oraz uzupełnić wpis lub niepotrzebne skreślić)* | | | |
| **Załączniki wymagane:** | | | |
|  | Aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych; | | |
|  | Zaświadczenie ze szkoły o realizowaniu nauki w danej placówce; | | |
|  | Pełnomocnictwo (upoważnienie) drugiego rodzica/opiekuna prawnego ucznia do wnioskowania/zawarcia umowy we wspólnym interesie; | | |
|  | Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu wykorzystywanego do zapewnienia przewozu ucznia. | | |
|  | Upoważnienie – zgodę właściciela/współwłaściciela do użytkowania samochodu – w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest jedynym właścicielem pojazdu lub użytkuje samochód, który nie jest jego własnością; | | |
|  | Oświadczenie rodzica, czy po odwiezieniu dziecka do placówki wraca do domu, czy jedzie do pracy (wraz z podaniem adresu miejsca pracy), a także czy jadąc po dziecko do placówki – jedzie z miejsca pracy, czy z domu. | | |
| **Załączniki dodatkowe:** | | | |
|  | Inne dokumenty: ………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………... | | |
| **V. INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH** | | | |
| **Klauzula informacyjna** | | | |
| 1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L z 2016r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO, informuję, iż: 2. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu (art. 6 ust. 1 lit. C RODO) realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. - Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 735) w związku z art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713 z późn. zm.) oraz art. 32 ust. 6, art. 39 ust. 4, art. 39a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U z 2021 r. poz. 1082 z późn. zm.). 3. Administratorem Pani/Pana danych jest Urząd Gminy Gzy, reprezentowany przez Wójta Gminy Gzy. Kontakt osobisty z Administratorem możliwy jest od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-15:00, Kontakt e-mail: [ug@gminagzy.pl](mailto:ug@gminagzy.pl). Kontakt tel: (23) 691 31 22. 4. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować drogą mailową na adres e-mail: [iod@gminagzy.pl](mailto:iod@gminagzy.pl) lub telefonicznie: 602 523 360. 5. Dane osobowe po zakończeniu realizacji celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych dla dobra publicznego i przechowywane przez okres niezbędny do realizacji przepisów prawa. 6. Udostępnianie danych osobowych odbywa się wyłącznie uprawnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych. Dopuszcza się możliwość udostępnienia danych osobowych wnioskodawcy podmiotom/osobom, które wykażą faktyczny cel/interes. 7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania. 8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Administratora, inspektora ochrony danych osobowych lub organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO. | | | |
| ……………….……………………… …………………..………………………..  Miejscowość, data Podpis wnioskodawcy | | | |

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit. A Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: numer telefonu, w celu przekazywania przez Urząd istotnych informacji związanych z prowadzonym postępowaniem.

Gzy, dnia …………………………………. ……………………………………….

(podpis wnioskodawcy)

*\*Niepotrzebne skreślić*