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 ………………………, pojemność silnika ………….. |
|  | **1.Dowozi dziecko jadąc do placówki z miejsca zamieszkania.** **Dowóz:**Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka: ………**Powrót:**Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z przedszkola/szkoły/ośrodka do miejsca zamieszkania: ……… |
|  | **2. Dowozi dziecko do placówki, jadąc do miejsca pracy.** Adres miejsca pracy: ………………………………………………………………………….**Dowóz:**Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka: ……....Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z przedszkola/szkoły/ośrodka do miejsca pracy:………**Powrót:**Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca pracy do przedszkola/szkoły/ośrodka: .………Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z przedszkola/szkoły/ośrodka do miejsca zamieszkania: ……….Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi 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 ………………………, pojemność silnika …………..Najkrótsza trasa przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania ucznia do przedszkola/szkoły/ośrodka 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 z przedszkola/szkoły/ośrodka o realizowaniu wychowania/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 przedszkola/szkoły/ośrodka – jedzie z miejsca pracy, czy z domu. |
| **Załączniki dodatkowe:** |
|  | Inne dokumenty: ……………………………………………………………………………… |

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

 (podpis wnioskodawcy)

*\*Niepotrzebne skreślić*

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna** |
| 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:1. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu (art. 6 ust. 1 lit. C RODO) realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy przepisów prawa:-Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.)- Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. - Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 572 z późn. zm.)- Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U z 2024 r. poz. 737 z późn. zm.).
2. Informujemy, że Administratorem danych jest Urząd Gminy w Gzach, z siedzibą Gzy 9, 06-126 Gzy, reprezentowany przez Wójta Gminy Gzy. Kontakt z Administratorem możliwy jest w każdy dzień pracy Urzędu w godzinach 8:00-16:00, telefonicznie: 23 691 31 22 lub drogą e-mail: ug@gminagzy.pl.
3. Informujemy, że Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować drogą mailową na adres e-mail: iod@gminagzy.pl lub telefonicznie: 22 350 01 40.
4. 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.
5. 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.
6. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania.
7. 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.
 |