Załącznik nr 2 do Zarządzenia ………… z dnia ……………

 Siechnice, dnia ……………………r.

**BURMISTRZ SIECHNIC**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEWOZU UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO PRYWATNYM SAMOCHODEM OSOBOWYM PRZEZ OPIEKUNA PRAWNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wnioskodawca nazwisko i imię**
 |  |
| * 1. Adres zamieszkania wnioskodawcy
 | ulica, nr domu/ mieszkania |  |
| kod pocztowy, miejscowość |  |
| * 1. Seria i numer dowodu osobistego
 |  |
| * 1. Telefon kontaktowy
 |  |
| * 1. Adres e-mail
 |  |
| 1. **Nazwisko i imię dziecka/ucznia**
 |  |
| 1. Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia
 |  |
| 1. Adres zamieszkania dziecka/ucznia
 | ulica, nr domu/ mieszkania |  |
| kod pocztowy, miejscowość |  |
| **Placówka, do której będzie dowożone dziecko** | Nazwa placówki(wskazująca na etap edukacyjny – przedszkole, szkoła podstawowa itd.) |  |
| Adres placówki | ulica, nr domu/mieszkania |  |
| kod pocztowy miejscowość |  |
| Klasa/ oddział  |  |
| 1. Okres przewożenia dziecka/ucznia do placówki
 | od dnia |  |
| do dnia |  |
| 1. Odległośćz miejsca zamieszkania dziecka do placówki
 | liczba kilometrów |  |
| 1. Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego(jeśli dowóz do placówki łączony jest z miejscem pracy)
 |  |
| 1. Trasa przewozu dziecka:

\* zaznaczyć właściwe wpisując TAK w odpowiednią rubrykę | z miejsca zamieszkania do placówki i z powrotem | \* |
| tylko z miejsca zamieszkania do placówki | \* |
| tylko z placówki do miejsca zamieszkania | \* |
| z miejsca zamieszkania do placówki i do pracy(dowóz łączony z dojazdem do pracy) | \* |
|  **OŚWIADCZAM, ŻE PRZEWÓZ DZIECKA BĘDZIE REALIZOWANY POD MOJĄ OPIEKĄ SAMOCHODEM** |
| 1. a) marka, b) model samochodu,

c) pojemność silnika, d) rodzaj paliwa, e ) rok produkcji, f) moc w kW (rubryka P.2 w dowodzie rejestracyjnym) | a)……………………………. d)…………………………….b)……………………………. e)…………………………….c)…………………………….cm3 f)…………………………….. |
| 1. Numer rejestracyjny samochodu
 |  |
| 1. Numer polisy ubezpieczeniowej OC
 |  |
| **ZWROT UDOKUMENTOWANYCH KOSZTÓW PRZEWOZU DZIECKA NALEŻY PRZEKAZAĆ PRZELEWEM NA KONTO BANKOWE** |
| 1. Nazwa banku
 |  |
| 1. Numer rachunku bankowego
 |  |
| ……………………………………………. Podpis Wnioskodawcy **DO WNIOSKU DOŁĄCZAM WYMAGANE DOKUMENTY**1. Kopię aktualnego orzeczenia z poradni psychologiczno – pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**\*** wydane dnia …………………………………..,

ważne do dnia …………………….. ………………………….(data) lub ukończenia etapu edukacji ……………………………………………………………………………………………………………………………..(przedszkolnej, wczesnoszkolnej, szkoły podstawowej itd.) 1. Zaświadczenie z placówki oświatowej potwierdzające (zaznaczyć właściwe):
2. przyjęcie do niej dziecka/ucznia niepełnosprawnego
3. kontynuację przez niego nauki/ wychowania przedszkolnego
4. Inne, jakie: ……………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………. Podpis Wnioskodawcy \*niepotrzebne skreślić |

**OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

1. Zobowiązuję się do pisemnego powiadamiania Burmistrza Siechnic o wszelkich zmianach mających znaczenie dla uzyskania i wyliczenia zwrotu kosztów przewozu dziecka niepełnosprawnego do placówki oświatowej, w której realizuje ono wychowanie przedszkolne lub roczne przygotowanie przedszkolne lub obowiązek szkolny lub obowiązek nauki, takich jak np.: zmiana miejsca zamieszkania czy zmiana adresu placówki wskazanej we wniosku lub zmiana placówki.

 …………………………….

 Podpis Wnioskodawcy

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie w niniejszym wniosku danych osobowych w bazie Urzędu Gminy Siechnice w celu zwrotu kosztów przewozu mojego dziecka. Oświadczam, że podstawy prawne, cele i zasady przetwarzania danych osobowych określa Klauzula informacyjna stanowiąca załącznik do niniejszego wniosku..

 …………………

 Podpis Wnioskodawcy

1. Wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

 ……………………………

 Podpis Wnioskodawcy

1. Przyjęłam-em do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane.

 ……………………………

 Podpis Wnioskodawcy