………………………………………… ……………………………

(imię i nazwisko Wnioskodawcy) (miejscowość, data)

…………………………………………

…………………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………………

(tel. do kontaktu)

 Burmistrz Miasta i Gminy Myślenice

ul. Rynek 8/9,

32-400 Myślenice

# W N I O S E K

w sprawie dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego

do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole, innej formie wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka

w roku szkolnym …………………….

1. Występuję z wnioskiem o\*:
2. organizację przez gminę bezpłatnego dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/ oddziału przedszkolnego w szkole/ innej formie wychowania przedszkolnego/ szkoły /ośrodka
* Czy dziecko porusza się na wózku inwalidzkim? tak nie
* Dodatkowe informacje o dziecku, niezbędne do właściwego sprawowania opieki w czasie przewozu:

…...........................................................................................................................................…….......................................................................................................................................

1. zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i opiekuna z miejsca zamieszkania do przedszkola/ oddziału przedszkolnego w szkole/ innej formie wychowania przedszkolnego/ szkoły /ośrodka prywatnym samochodem osobowym, *(odpowiednie podkreślić)*
* miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce zamieszkania i z powrotem,
* miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce pracy i z powrotem
1. zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i opiekuna z miejsca zamieszkania do przedszkola/ oddziału przedszkolnego w szkole/ innej formie wychowania przedszkolnego/ szkoły /ośrodka komunikacją miejską.

na okres: od ………………….…………… do …………………………………

 (data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia dowozu)

1. Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku o:
2. organizację bezpłatnego dowozu przez gminę:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka/ ucznia |  |
| Data i miejsce urodzenia  |  |
| Adres zamieszkania dziecka/ucznia |  |
| uczęszczającego |
| w roku szkolnym  |  |
| do klasy/grupy |  |
| Nazwa i adres przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole, innej formie wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka |  |
| Dziecko/uczeń posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/ orzeczenie o potrzebie zajęć grupowych rewalidacyjno-wychowawczych  | z dnia ………………………… wydane przez publiczną poradnię psychologiczną-pedagogiczną na okres od …………….………. do …………………………… z uwagi na (podać rodzaj niepełnosprawności) ……………………………….………………………… |

1. zwrot kosztów dowozu prywatnym samochodem osobowym:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka/ ucznia |  |
| Data i miejsce urodzenia  |  |
| Adres zamieszkania dziecka/ucznia |  |
| uczęszczającego |
| w roku szkolnym  |  |
| do klasy/grupy |  |
| Nazwa i adres przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole, innej formie wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka |  |
| Dziecko/uczeń posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/ orzeczenie o potrzebie zajęć grupowych rewalidacyjno-wychowawczych  | z dnia ………………………… wydane przez publiczną poradnię psychologiczno - pedagogiczną na okres od ……………….………. do ………………….……… z uwagi na (podać rodzaj niepełnosprawności) ………………………………..………………………… |
| Imię i nazwisko rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego dowożącego dziecko/ucznia |  |
| Dane o miejscu pracy rodzica/opiekuna (nazwa oraz adres) | *wypełnić w przypadku gdy dziecko jest dowożone* *po drodze do pracy i z powrotem* |
| Oświadczam, że podczas przewozu mojego dziecka/ucznia korzystam (jestem jego właścicielem/współwłaścicielem/użytkownikiem\* *odpowiednie podkreślić*)z pojazdu o poniższych parametrach |
| Marka, model, typ |   |
| Nr rejestracyjny |  |
| Pojemność silnika (cm3) |  |
| samochód posiada aktualne badania techniczne oraz aktualne ubezpieczenie OC |

Oświadczam, że posiadam następujący nr rachunku bankowego w banku ……………………….:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Dokumenty załączone do wniosku:

# Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka/ucznia.

# Kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka/ucznia.

# Zaświadczenie potwierdzające przyjęcie dziecka/ucznia do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole, innej formie wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka, podpisane przez dyrektora placówki oświatowej lub osobę upoważnioną.

# Inne dokumenty: …………………………………………………………………..

1. Oświadczenie rodzica dowożącego transportem indywidualnym dotyczące pracy zawodowej

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że podejmę / nie podejmuje się pracy zawodowej (właściwe podkreślić). Jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego informowania o zmianach w powyższym zakresie.

Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej i z powrotem wynosi ……....…. *(podać łącznie wszystkie km dziennie)* tj.

1. liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej: ……..……..
2. liczba kilometrów z placówki do miejsca pracy: ………….. *(dotyczy rodziców, którzy pracują)*
3. liczba kilometrów z miejsca pracy do placówki oświatowej: ………….. *(dotyczy rodziców, którzy pracują)*
4. liczba kilometrów z placówki oświatowej do miejsca zamieszkania: …………….

# Oświadczenia Wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

1. informacje zawarte w złożonym wniosku oraz załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą,
2. przyjąłem/ przyjęłam do wiadomości, że podane we wniosku informacje mogą zostać skontrolowane, mogę zostać zobowiązany/-a do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku z oryginałami dokumentów,
3. posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 622 z późn. zm.),
4. w czasie dowozu dziecka/ucznia do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole, innej formie wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego będę sprawował/a nad nim należytą opiekę,
5. zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w klauzuli informacyjnej. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, dla celów związanych z realizacją zwrotu kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i opiekuna do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole, innej formie wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego.

Przyjmuję do wiadomości, że liczba kilometrów dla wybranej trasy zostanie zweryfikowana na podstawie danych zawartych ze strony internetowej Mapy Google i będzie to trasa najkrótsza wyznaczona na podstawie podanych adresów.

 ……………………………………..

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)