

Łabunie, dnia

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania wnioskodawcy

Wójt Gminy Łabunie
ul. Zamojska 50
22-437 Łabunie

WNIOSEK
W SPRAWIE DOWOZU UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO DO
SZKOŁY/PRZEDSZKOLA/OŚRODKA W ROKU SZKOLNYM

Występuję z wnioskiem o:

- a) organizację bezpłatnego dowozu ucznia do szkoły / przedszkola i zapewnienie opieki w trakcie przejazdu,*
- b) zwrot kosztów dowozu ucznia do szkoły / przedszkola. *

1. Nazwisko i imię dziecka/ucznia niepełnosprawnego:
2. Data urodzenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego:
3. Adres zamieszkania dziecka/ucznia niepełnosprawnego:
.....
4. Szkoła lub placówka, do której skierowane jest dziecko, lub w której dziecko kontynuuje naukę
.....
.....
.....
5. Nazwisko i imię rodzica/ opiekuna wraz z kontaktem telefonicznym:
.....
.....
6. Dane dotyczące niepełnosprawności dziecka /ucznia niepełnosprawnego:
i aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka
a) nr orzeczenia o niepełnosprawności,
b) data wydania ww. orzeczenia.....

c) data obowiązywania orzeczenia („Orzeczenie wydaje się do”)

d) symbol przyczyny niepełnosprawności

7. Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia

a) nr orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,

b) data wydania ww. orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,

c) okres, na jaki obowiązuje orzeczenie (np. na I etap edukacji) z uwagi na

8. Dziecko porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego **TAK NIE** (podkreślić właściwe)

9. Oświadczenie wnioskodawcy

a) przyjmuję do wiadomości, że mogę zostać zobowiązana/zobowiązany* do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów,

b) oświadczam, że znam i rozumiem zasady odpowiedzialności karnej za zatajenie prawdy lub zeznanie nieprawdy zgodnie z art.233 §1 w związku z § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny i potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.

Łabunie, dnia

podpis wnioskodawcy

*** właściwe podkreślić**

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH

Administratorem danych osobowych jest Wójt Gminy Łabunie. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku gminy w sprawie zapewnienia bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu zorganizowanego dzieci/uczniów niepełnosprawnych do przedszkola/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego.

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
O ZAPEWNIENIU DOWOZU DZIECKA DO PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

OŚWIADCZAM, że

1. Dziecko dowożone będzie **samochodem osobowym** marki.....,
model, rok produkcji, nr
rejestracyjny....., pojemność silnika.....,
rodzaj silnika: **diesel / benzynowy / z instalacją LPG***,
średnie spalanie na 100 km..... (wg danych producenta w cyklu miejskim/mieszanym*)

2. Oświadczam, że

a) jestem **właścicielem** wyżej wymienionego samochodu*.

b) jestem **użytkownikiem** wyżej wymienionego samochodu i dołączam Upoważnienie właściciela samochodu do użytkowania wyżej wymienionego samochodu w celu przewozu dziecka do placówki oświatowej.*

3. Oświadczam, że :

a) nie łączę dowozu dziecka do placówki z dojazdem do pracy*

dzienna najkrótsza trasa przejazdu prywatnym samochodem (dom – placówka – dom i z powrotem)
wynosikm.

b) łączę dowóz dziecka do placówki z dojazdem do pracy*

Miejsce pracy (nazwa, adres):
.....
.....

dzienna najkrótsza trasa przejazdu prywatnym samochodem (dom – placówka – praca i z powrotem)
wynosi.....km.

dzienna najkrótsza trasa przejazdu prywatnym samochodem (dom – praca i z powrotem)
wynosi.....km.

Łabunie, dnia

.....

podpis

* *właściwe podkreślić*

.....
Imię i nazwisko właściciela samochodu

**Upoważnienie właściciela samochodu
do użytkowania go przez rodzica/opiekuna prawnego**

1. Upoważniam do użytkowania samochodu
marki....., model..... o numerze
rejestracyjnym, którego jestem właścicielem, do dowożenia dziecka
niepełnosprawnego do placówki
.....
w roku szkolnym.....

2. W celu potwierdzenia danych zobowiązuję się przedstawić do wglądu oryginał dowodu
rejestracyjnego w/w samochodu.

.....
Czytelny podpis właściciela samochodu

.....
miejsowość, data

**OŚWIADCZENIE O POWIERZENIU INNEJ OSOBIE
DOWOŻENIA DZIECKA/UCZNIĄ DO PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

1. Jako rodzic/opiekun prawny dziecka powierzam wykonywanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu dziecka z domu do placówki i z powrotem

Panu/Pani,
który/a wyraziła na to zgodę.

2. Oświadczam, że dziecko dowożone będzie **samochodem osobowym**
marki..... model, rok
produkcji, nr rejestracyjny....., pojemność
silnika....., rodzaj silnika: **diesel/benzynowy/z instalacją LPG***,
średnie spalanie na 100 km..... (wg danych producenta w cyklu miejskim/mieszanym*)

3. Dzienna najkrótsza trasa przejazdu wyżej wymienionym samochodem (dom – placówka – dom i z powrotem) wynosikm.

4. Oświadczam, że **właścicielem** wyżej wymienionego samochodu
jest

.....
(czytelny podpis)

.....
miejscowość, data

*** właściwe podkreślić**

ROZLICZENIE
Kosztów dojazdu organizowanego przez rodziców/opiekunów
własnym samochodem osobowym

1. Na podstawie umowy nr r. przedkładam rozliczenie kosztów dojazdu organizowanego przez rodziców/opiekunów prawnych środkami komunikacji własnej ucznia niepełnosprawnego.....

(imię i nazwisko ucznia)

najkrótszą trasą drogami publicznymi, samochodem osobowym marki.....,którego jestem właścicielem/współwłaścicielem* o

nr rejestracyjnym pojazdu.....

o pojemność skokowej silnika cm³

i tankuje rodzaj paliwa.....

(BP 95, BP 98, LPG, ON - wybrać rodzaj)

2. Oświadczam, że w miesiącu.....dowodziłem/am dziecko z domu do przedszkola/szkoły /szkoły z internatem /ośrodka*

.....
.....
(nazwa i adres placówki do, której jest dowożone dziecko)

3. Odległość w km od miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka*km

4. Odległość w km od miejsca zamieszkania do miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego (jeśli pracuje zawodowo i taką trasę wykonuje)*km.

5. Należność za powyższe należy przekazać na moje konto bankowe :

.....
(numer rachunku i nazwa banku)

.....
(data i podpis składającego rozliczenie)

*niepotrzebne skreślić

Rozliczenie miesięczne dowozu dziecka niepełnosprawnego
(uzupełnia pracownik Centrum Usług Wspólnych)

Imię i nazwisko dziecka niepełnosprawnego

- a)km x średnia cena jednostki paliwa.....x średnie zużycie paliwa
w jednostkach na 100 km dla danego pojazdu..... =
(koszt jednorazowy)
- b) dowóz dzienny do placówki.....
(koszt jednorazowy dowozu x cztery strony lub dwie strony)
- c) ilość dziennych przewozów w miesiącu.....
- d) należność do
wypłaty
(Ilość dni przewozu w miesiącu x stawka dzienna za dowóz)
- e) do wypłaty słownie:.....

.....
(data i podpis pracownika rozliczającego koszty)