Wieliszew, ………………….

…………………………………………………..

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

………………………………………………….

(adres wnioskodawcy)

…………………………………………………

(nr telefonu kontaktowego)

Dyrektor Centrum Usług Wspólnych

ul. Janusza Kusocińskiego 1

05-135 Wieliszew

**W N I O S E K**

**o zwrot kosztów przejazdu ucznia oraz jego opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka**

Występuję z wnioskiem o zwrot kosztów przewozu ucznia z niepełnosprawnością do szkoły, przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego **samochodem osobowym/komunikacją publiczną\***

1. Nazwisko i imię ucznia z niepełnosprawnością ………………………………………………………………………………………………

PESEL

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

2. Adres zamieszkania ucznia z niepełnosprawnością (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. Dziecko z niepełnosprawnością posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr………………………… z dnia ……………… wydane przez ………………………………… …………………………………………………………… na okres …………………………… z uwagi na …………………………………………………………………………...………………………

4. Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka, do której dziecko uczęszcza lub będzie uczęszczało\* …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Klasa: ………………………………… Rok szkolny ……………/…………….

5. Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego zapewniającego dowóz i opiekę ……………………… ………………………………, dokładny adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

6. Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego **(tylko gdy dowóz do placówki łączony jest z dojazdem do miejsca pracy)\*\*** …..………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Oświadczam, że do przewozu mojego dziecka z niepełnosprawnością korzystam/będę korzystać - rodzaj środka transportu:

1) komunikacja publiczna1 – oświadczam, że dzienny koszt biletu dla dziecka wynosi: …………zł, dla opiekuna wynosi ……………zł.

2) samochód osobowy2.

**Proszę wybrać jedną z poniższych opcji, celem zwrotu kosztów przewozu ucznia z niepełnosprawnością do przedszkola/szkoły/ośrodka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Trasa przewozu dziecka\*** zaznaczyć właściwe wpisując TAK w odpowiednią rubrykę | 1 | Miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce zamieszkania i z powrotem | **\*** |
| 2 | Miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce pracy i z powrotem (jeżeli dowóz jest łączony z dojazdem do pracy) | **\*** |

8. Liczba kilometrów2 przewozu drogami publicznymi na trasie:

a) miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce zamieszkania i z powrotem wynosi …….km\*

b) miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce pracy i z powrotem wynosi …….km\*\*

9. Liczba kilometrów2 drogami publicznymi z miejsca zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego do miejsca pracy i z powrotem (bez dowozu dziecka do szkoły) wynosi ………… km (dziennie)\*\*

Dokumenty dołączone do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych,

2. Skierowanie dziecka do kształcenia specjalnego w danym przedszkolu/szkole/ośrodku lub jeśli nie posiada skierowania zaświadczenie potwierdzające przyjęcie/ uczęszczanie dziecka do przedszkola, szkoły, ośrodka,

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

……..………………………………………………………..

 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

\*\* informacja podawana przez rodziców/opiekunów prawnych, którzy łączą dowożenie dziecka z dojazdem do pracy

1 dotyczy dowozu środkami komunikacji publicznej/prywatnej

2 dotyczy dowozu prywatnym samochodem

**Informacja o ochronie danych osobowych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Centrum Usług Wspólnych w Wieliszewie jest Dyrektor Centrum Usług Wspólnych w Wieliszewie, 05-135 Wieliszew,
ul. Janusza Kusocińskiego 1. Administrator, zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się pod adresem poczty elektronicznej: iod@wieliszew.pl. Pełna treść klauzuli o ochronie danych osobowych dostępna jest na stronie https://edukacja.wieliszew.pl/rodo

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Wspólnych w Wieliszewie.

……..………………………………………....

 podpis składającego oświadczenie