

W N I O S E K
O ZWROT KOSZTÓW ZA DOWÓZ UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO DO
PRZESZKOŁA/SZKOŁY/PLACÓWKI OŚWIATOWEJ
W ROKU SZKOLNYM

Wnioskuję o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka prywatnym samochodem.

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Nazwisko i imię ucznia:

.....

2. Data i miejsce urodzenia ucznia:

.....

3. Adres zamieszkania ucznia (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość):

.....

4. Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka* do którego będzie uczęszczał uczeń (dokładny adres jednostki oświatowej oraz klasa do której będzie uczęszczał uczeń):

.....

5. Imię i nazwisko rodzica, numer PESEL:

.....

6. Adres zamieszkania rodzica (kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania):

.....

7. Nazwa i adres pracodawcy (w przypadku osób niepracujących proszę o napisanie bezrobotny/a)

.....

8. Telefon kontaktowy do rodzica:

.....

9. Okres dowożenia do przedszkola/szkoły/ośrodka* od.....
do..... (data rozpoczęcia i zakończenia dowozu w danym roku szkolnym)

10. Uczeń będzie dowożony przez rodzica/ opiekuna prawnego (imię i nazwisko)
.....identyfikującym się numerem
ewidencyjnym PESEL

11. Przewóz ucznia będzie odbywał się samochodem marki,
rok produkcji....., o pojemności skokowej silnika.....cm³, na paliwo
..... o numerze rejestracyjnym, którego
wnioskujący jest właścicielem/współwłaścicielem/użytkownikiem* .

12. Oświadczam, iż rodzic, który będzie dowoził dziecko posiada uprawnienia do kierowania pojazdami zgodnie z ustawą z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (DZ. U. z 2021r. poz. 1212 ze zm.).

13. Oświadczam, że najkrótsza odległość:

□ z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ ośrodka* wynosi.....km,

□ z przedszkola/szkoły/ ośrodka* do miejsca pracy wynosi..... km,

□ z miejsca pracy do przedszkola/szkoły/ ośrodka* wynosi.....km,

□ z przedszkola/szkoły/ośrodka do miejsca zamieszkania wynosikm.

14. Należność z tytułu zwrotu kosztów dowozu dziecka/ucznia*:

a) proszę przekazać na konto bankowe numer:.....

b) wypłacić gotówką w kasie Urzędu Miejskiego w Augustowie

15. W załączeniu: (oryginały dokumentów do wglądu) **::

aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego	
aktualne orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wystawione przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną	
potwierdzenie przyjęcia/uczęszczania ucznia do przedszkola, szkoły lub ośrodka, wydane przez dyrektora placówki	
oświadczenie o średnim zużyciu paliwa w jednostkach na 100 km dla danego pojazdu według danych producenta pojazdu	
Inne dokumenty:	

Oświadczam, że:

- a) Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2022, poz. 1138 t. j.) oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.
- b) zapoznałem/am się w Regulaminem do Zarządzenia Nr 167/2020 Burmistrza Miasta Augustowa z dnia 07.07. 2020 r.

Augustów, dnia

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

***niepotrzebne skreślić ** dołączone do wniosku dokumenty należy zaznaczyć znakiem „x”**

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) informuję, że:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Augustowa z siedzibą w Augustowie, ul. Młyńska 35, kod pocztowy 16-300, e-mail: urząd.miejski@urząd.augustow.pl, tel. 87 643 42 10

2) Inspektor Danych Osobowych, tel. 791-650-517, e-mail iod@urząd.augustow.pl.

3) dane osobowe przetwarzane będą w następującym celu - przyznania zwrotu kosztów dowozu dziecka niepełnosprawnego do szkoły lub ośrodka,

4) dane osobowe przetwarzane będą w zakresie: pkt. 1-7 oraz 10, 11, 13 i 14 z wniosku, orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka, zaświadczenia Dyrektora jednostki oświatowej o realizacji obowiązku szkolnego lub nauki przez ucznia

5) Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania zwrotu kosztów dowozu uczniów niepełnosprawnych organizowanych przez rodziców bądź opiekunów prawnych do jednostek oświatowych,

6) dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

7) dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji zwrotu kosztów dowozu uczniów niepełnosprawnych do jednostek oświatowych, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązujące prawa

8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

9) w przypadku niepodania danych niemożliwe jest skorzystanie z oferowanego przez nas zwrotu kosztów dowozu uczniów niepełnosprawnych do jednostek oświatowych.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Gminę Miasto Augustów z siedzibą w Augustowie, ul. Młyńska 35, w celu uzyskania bezpłatnego zwrotu kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego do jednostki oświatowej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym celu i sposobu przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

Augustów, dnia

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

