………………………………… ……………………………..

*/Imię i nazwisko wnioskodawcy/*

/ *miejscowość, data /*

…………………………………

…………………………………

*/Adres zamieszkania /*

……………………………………

*/Tel. do kontaktu/*

**Wójt Gminy Męcinka**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej lub szkoły ponadpodstawowej własnym środkiem transportu**

Wnioskuję o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego:

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

*(imię i nazwisko dziecka/ucznia, data urodzenia)*

zamieszkałego …….………………………………………………………………..................

uczęszczającego w roku szkolnym………………….……….. do klasy/grupy…….…………

w placówce…………………………………………………………………………….…….…

*(nazwa i adres placówki oświatowej)*

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

Dziecko/uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego

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

*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego)*

legitymującego się dowodem osobistym numer: ……….………………………………...…, zamieszkałego ……………………………………………………………………………...…

…………………………………………………………………………………………………

**I. Okres dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej**

od …………………………………..…….. do ………………………………………….

*(data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia dowozu)*

**II. Dowóz własnym środkiem transportu**

1.Informuję, iż dziecko/uczeń będzie dowożone prywatnym samochodem- marka……………model……………………rok produkcji…………….., o pojemności skokowej silnika ……………. cm3, numerze rejestracyjnym…………………, nr polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC)…………………….……….

2.Informuję, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej, do której dziecko/uczeń niepełnosprawny uczęszcza wynosi ……....… km. (tylko w jedną stronę z domu do placówki oświatowej). Trasa z domu do placówki przebiega następująco:………………………………

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

(wymienić drogi lub ulice).

3. Oświadczam, że pracuję/nie pracuję zawodowo, jednocześnie o zmianach w tym zakresie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Gminę. Dojazd do pracy odbywa się/ nie odbywa się w godzinach pokrywających się z godzinami dojazdu do placówki dziecka.

4. Informuję, że dowożąc dziecko do placówki dojeżdżam do miejsca zatrudnienia, które ma swoją siedzibę pod adresem………………………………………………......................Trasa z domu do Pracodawcy bez uwzględnienia przewozu dziecka do placówki przebiega …………………………………………………………………………………………………... (wymienić drogi lub ulice) i posiada łączną długość …….. km.

**III.** Proszę o przekazanie należności z tytułu zwrotu dowozu dziecka/ ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej na mój rachunek bankowy.

Nazwa banku: ……………………………………………...……...……………………………………….

Nr rachunku bankowego:……………………………………..…….……………………………...………

**IV. Załączniki do wniosku**

1) kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dziecka/ucznia;

2) zaświadczenie z placówki o objęciu dziecka/ucznia wychowaniem przedszkolnym, rocznym przygotowaniem przedszkolnym, obowiązkiem szkolnym lub obowiązkiem nauki,

3) Kopie wszystkich stron dowodu rejestracyjnego pojazdu wykorzystywanego do przewozu dziecka/ucznia,

4) Upoważnienie/zgoda właściciela/współwłaściciela samochodu do użytkowania w celu zapewnienia dowożenia dziecka (wypełnić w przypadku gdy rodzic/opiekun prawny nie jest właścicielem/współwłaścicielem samochodu)

**V. Oświadczenie sprawującego dowóz i opiekę nad dzieckiem/ uczniem:**

Oświadczam, że:

1) informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą

2) załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z oryginałem

3) posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem,

4) w czasie dowozu dziecka do placówki oświatowej będę sprawował/a nad nim należytą opiekę

……………………………………………

*Czytelny podpis sprawującego dowóz i opiekę*