.......................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.........................................................

(adres zamieszkania wnioskodawcy

wraz z kodem pocztowym)

..........................................................

(telefon kontaktowy wnioskodawcy)

**Wójt Gminy Białe Błota**

**ul. Szubińska 7**

**86-006 Białe Błota**

**WNIOSEK W SPRAWIE ZWROTU RODZICOM/OPIEKUNOM PRAWNYM KOSZTÓW PRZEWOZU DZIECI, MŁODZIEŻY I UCZNIÓW ORAZ RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DO PRZEDSZKOLA/ SZKOŁY/ OŚRODKA REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZEGO UMOŻLIWIAJĄCEGO REALIZACJĘ WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO, ROCZNEGO OBOWIĄZKOWEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO, OBOWIĄZKU SZKOLNEGO I OBOWIĄZKU NAUKI**

**I.** 1. Wnioskuję o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego, w roku szkolnym ............./.................

1) Imię i nazwisko dziecka/ucznia niepełnosprawnego :

......................................................................................................................................................;

2) Data urodzenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego: ..............................................................;

3) Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: ........................................................................;

4) PESEL rodzica/opiekuna prawnego: ......................................................................................;

5) Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego\*, do którego uczęszcza dziecko:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

6) Adres zamieszkania dziecka/ucznia niepełnosprawnego (dalej: miejsce

zamieszkania)................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

2. Wskazuję jedną z poniższych opcji, celem zwrotu kosztów przewozu dziecka/ucznia

niepełnosprawnego do przedszkola/ szkoły/ośrodka\*

1) **Opcja 1** (miejsce zamieszkania – placówka)

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie do szkoły/placówki:

a) miejsce zamieszkania ................................................................................... placówka (adres)

.......................................................................................................................................................

b) placówka (adres) ................................................................................... miejsce zamieszkania

.......................................................................................................................................................

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie ze szkoły/placówki:

c) miejsce zamieszkania ................................................................................... placówka (adres)

.......................................................................................................................................................

d) placówka (adres) ...................................................................................miejsce zamieszkania

.......................................................................................................................................................

2) **Opcja 2** (miejsce zamieszkania – placówka – miejsce pracy)

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie do szkoły/placówki:

a) miejsce zamieszkania ...................................................................................placówka (adres)

.......................................................................................................................................................

b) placówka (adres) ....................................................................................miejsce pracy (adres)

.......................................................................................................................................................

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie ze szkoły/placówki:

c) miejsce pracy (adres) ................................................................................... placówka (adres)

.......................................................................................................................................................

d) placówka (adres)................................................................................... miejsce zamieszkania

.......................................................................................................................................................

3) **Opcja 3** (powierzenie wykonania transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu

innemu podmiotowi)

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie do szkoły/placówki:

a) miejsce zamieszkania....................................................................................placówka (adres)

.......................................................................................................................................................

b) placówka (adres)................................................................................... miejsce zamieszkania

.......................................................................................................................................................

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie ze szkoły/placówki:

c) miejsce zamieszkania................................................................................... placówka (adres)

.......................................................................................................................................................

d) placówka (adres)....................................................................................miejsce zamieszkania

.......................................................................................................................................................

**3. Nazwa i numer konta bankowego, na który będzie dokonany zwrot kosztów:**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

4. Dziecko/uczeń niepełnosprawny posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/ orzeczenie o potrzebie grupowych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych\* z dnia ....................., wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, na okres ............................... ................................., z uwagi na (podać rodzaj niepełnosprawności) .......................................... .......................................................................................................................................................

**II.** 1. Oświadczam, że do przewozu mojego dziecka/ucznia niepełnosprawnego korzystam
z pojazdu o poniższych parametrach:

1) marka, model, rocznik :...........................................................................................................,

2) pojemność silnika :..................................................................................................................,

3) rodzaj silnika: .........................................................................................................................,

4) rodzaj paliwa: benzyna, olej napędowy, autogaz\*,

5) średnie zużycie paliwa w jednostkach na 100 kilometrów dla danego pojazdu

według danych producenta pojazdu............................................................................................

2. Oświadczam, że:

1. Samochód jest sprawny technicznie - posiada aktualne badania techniczne: TAK/NIE\*
2. posiadam aktualne ubezpieczenie OC – TAK/NIE\*
3. przyjmuję do wiadomości, że mogę zostać zobowiązana/zobowiązany\* do uwiarygodnienia

danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów.

1. 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.

1. przyjmuję do wiadomości, że liczba kilometrów dla wybranej trasy zostanie przeliczona na podstawie danych ze strony internetowej Mapy Google i będzie to trasa najkrótsza przeliczona na podstawie podanych adresów z jednej wskazanej spośród 3 opcji.

Dokumenty załączone do wniosku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ucznia |  |
| 2. | Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenie specjalnego ucznia |  |
| 3. | Skierowanie ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół i ośrodków specjalnych) |  |
| 4. | Potwierdzenie przyjęcia dziecka do szkoły, placówki lub ośrodka specjalnego wydane przez dyrektora szkoły lub placówki |  |
| 5. | Potwierdzenie przyjęcia dziecka do klasy integracyjnej lub ośrodka specjalnego wydane przez dyrektora szkoły lub placówki |  |
| 6. | Dokument potwierdzający średnie zużycie paliwa dla danego pojazdu według danych producenta |  |
| 7. | Oświadczenie rodzica o podejmowaniu lub niepodejmowaniu pracy zawodowej |  |
| 8. | Inne dokumenty: |  |

........................................ ........................................

 Miejscowość, data Czytelny podpis wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
- o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r., tzw. "RODO" informujemy:

1. administratorem Pana/Pani/ dziecka pozostającego pod opieką prawną danych osobowych jest Gmina Białe Błota z główną siedzibą Urzędu Gminy przy ul. Szubińskiej 7, której przedstawicielem jest **Wójt Gminy Białe Błota**. Ponadto informujemy, że w stosunku do danych przetwarzanych przez Gminę Białe Błota, w ramach zadań zleconych przez administrację rządową – Gmina Białe Błota występuje w roli współadministratora Państwa danych osobowych;
2. inspektorem ochrony danych osobowych w Urzędzie Gminy Białe Błota jest Pan Arnold Paszta adres kontaktowy: iod@bialeblota.eu;
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są w związku ze składanymi podaniami o różnej treści i formie, a także
w ramach wszczynanych z urzędu postępowań administracyjnych w celu realizacji przez Gminę jej zadań**,** a podstawą prawną ich przetwarzania bez Pana/Pani odrębnej zgody jest *art. 6 ust 1 pkt c) RODO,* co oznacza, że przetwarzanie Pana/Pani danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze danych w stosunku do danych do których żądania na podstawie prawa uprawniony jest Administrator danych w procesie właściwej realizacji złożonego podania lub postępowania administracyjnego;
4. podanie przez Pana/Panią/ dziecka pozostającego pod opieką prawną danych osobowych jest wymogiem ustawowym w zakresie w jakim stanowi o tym prawo, a w pozostałym zakresie (innych danych) nie wynikającym wprost z przepisów prawa, podanie danych w sposób dobrowolny, konkretny, świadomy, w formie wyraźnego działania potwierdzającego (np. podanie ich na wniosku, na dokumencie papierowym lub elektronicznym w systemie EPUAP - EBOI, słownie podczas rozmowy telefonicznej, w e-mailu) przyzwalającego na przetwarzanie tych danych przez Administratora danych jest również definiowane jako wyrażona przez Pana/Panią „zgoda” na ich przetwarzanie w rozumieniu rozporządzenia „RODO” i nie wymaga dodatkowego oświadczenia. Niepodanie danych wymaganych przez przepisy prawa może skutkować pozostawieniem podania bez rozpatrzenia;
5. Dane osobowe zostaną powierzone **Centrum Obsługi Edukacji i Sportu w Białych Błotach** ul. Czysta 1a; 86-005 Białe Błota celem technicznej obsługi wniosku ponadto odbiorcą Pana/Pani/ dziecka pozostającego pod opieka prawną , danych osobowych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa;
6. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
7. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany do załatwienia określonej sprawy, o wskazany przez odrębne przepisy prawa okres odnoszący się do archiwizacji dokumentów w organach administracji publicznej;
8. posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania, prawo sprzeciwu wobec przetwarzanych danych, oraz jeżeli jest to technicznie możliwe do przeniesienia danych. Prawo do usunięcia, swoich danych przysługuje Panu/Pani w sytuacji, gdy wcześniej wyrażona zgoda na przetwarzanie danych zostanie przez Pana/Panią cofnięta, a przepisy ustawy szczególnej zezwalają na ich trwałe usunięcie;
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się wyłącznie na podstawie zgody - posiada Pan/Pani prawo do cofnięcia zgody
w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
10. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
11. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą przetwarzane w celu profilowania.