Katowice, .

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOWOZU DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ORGANIZOWANEGO SAMODZIELNIE PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**w roku szkolnym**  **/**

Zwracam się z wnioskiem o zwrot kosztów dowozu dla dziecka .

(Imię i nazwisko dziecka)

urodzonego dnia , posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia

specjalnego/orzeczenie o niepełnosprawności\* z dnia , nr

wydane przez

(Nazwa i adres poradni psychologiczno-pedagogicznej, która wydała orzeczenie)

z uwagi na

(Rodzaj niepełnosprawności)

**Opcja 1** (trasa: miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce zamieszkania)

z miejsca zamieszkania

(Adres zamieszkania dziecka)

do placówki oświatowej

(Nazwa i adres placówki oświatowej)

a następnie trasa z placówki oświatowej do miejsca zamieszkania, z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej (odbiór dziecka) oraz z placówki oświatowej do miejsca zamieszkania.

**Opcja 2** (trasa: miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce pracy rodzica/opiekuna prawnego)

z miejsca zamieszkania

(Adres zamieszkania dziecka)

do placówki oświatowej

(Nazwa i adres placówki oświatowej)

z placówki oświatowej do miejsca pracy

(Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego)

a następnie trasa z miejsca pracy do placówki oświatowej (odbiór dziecka) i miejsca zamieszkania.

|  |
| --- |
| **Wypełnia ZTM**  Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej i z powrotem wynosi ……………… km.  Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z placówki oświatowej do miejsca pracy rodzica/ opiekuna prawnego i z powrotem wynosi ……………… km.  Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do miejsca pracy rodzica/ opiekuna prawnego i z powrotem wynosi ……………… km.    (data) (podpis) |

**Proszę o zwrot kosztów przewozu na numer rachunku bankowego**

.

(Nazwa Banku i numer rachunku bankowego)

Ponadto oświadczam, że:

1. Poniżej wymienione osoby posiadają pełną władzę rodzicielską w zakresie niniejszego wniosku:
   1. Pani zamieszkała w

przy ulicy , legitymująca się dowodem osobistym ,

wydanym przez dnia roku

* 1. Pan zamieszkały w

przy ulicy , legitymujący się dowodem osobistym ,

wydanym przez dnia roku

1. Do dowozu korzystam z pojazdu/powierzyłem realizację dowozu pojazdem\* o parametrach:
   1. marka i model pojazdu
   2. pojemność skokowa silnika w cm3
   3. numer rejestracyjny pojazdu
   4. dane podmiotu, któremu rodzic powierzył wykonanie dowozu dziecka i sprawowanie nad nim opieki w tym czasie
2. Wszystkie powyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Zapoznałam/em się z Regulaminem zapewnienia niepełnosprawnym dzieciom i niepełnosprawnej młodzieży, mieszkającym na terenie Miasta Gliwice, bezpłatnego transportu i opieki w czasie dowozu do szkół i placówek oświatowych zlokalizowanych poza granicami Miasta Gliwice, a także zwrotu kosztów dowozu niepełnosprawnych dzieci i niepełnosprawnej młodzieży, mieszkających na terenie Miasta Gliwice, do szkół i placówek oświatowych zlokalizowanych poza granicami Miasta Gliwice i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

1. Odmowa podania danych objętych niniejszym wnioskiem, które wskazane są jako dane obligatoryjne, jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania zwrotu kosztów dowozu dziecka.
2. W każdym momencie mogę zostać poproszona/y o przedstawienie oryginałów dokumentów w celu uwierzytelnienia danych zawartych we wniosku.
3. Niniejszy wniosek stanowi podstawę do zawarcia odpowiedniej umowy pomiędzy GZM, a rodzicem.

Ponadto do wniosku załączam kserokopię orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/orzeczenia   
o niepełnosprawności dziecka i zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do placówki oświatowej, w której dziecko będzie realizowało obowiązek o którym mowa w art. 31 ust. 4 Prawo oświatowe, obowiązek szkolny lub obowiązek nauki w danym roku szkolnym.

.

(Podpis rodziców/opiekunów prawnych)

\* niepotrzebne skreślić