

Znak sprawy (wpisuje pracownik zajmujący się sprawą)	Data złożenia wniosku

Wniosek

rok szkolny:

na okres od do
(data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia dowozu)

Proszę o wybór jednego z wariantów

- zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia z niepełnosprawnościami własnym środkiem transportu do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego

Wypełnij część A i B.

Wniosek można składać przez cały rok szkolny. Rozpatrzenie wniosku kończy się podpisaniem umowy z rodzicem. Zwrot kosztów następuje na podstawie dostarczonego rozliczenia potwierdzającego liczbę dni uczęszczania dziecka do placówki.

- bezpłatny przewóz dziecka/ucznia z niepełnosprawnościami do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego

Wypełnij część A i C

Wniosek można składać przez cały rok szkolny.

Wniosek należy złożyć listownie lub w Kancelarii Ogólnej Urzędu w godzinach 8.00 - 16.00:

- 1) al. Marszałka Piłsudskiego 52/54, 81-382 Gdynia - biuro podawcze,
- 2) ul. 10 Lutego 24, 81-364 Gdynia - parter (pokój 15).

CZĘŚĆ A dotyczy wnioskodawcy

I. DANE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko wnioskodawcy					2. Imię wnioskodawcy				
3. PESEL									
4. Adres zamieszkania wnioskodawcy wraz z dzieckiem (ulica, nr domu, nr mieszkania)									
5. Kod pocztowy					-		6. Miejscowość		
7. Numer telefonu kontaktowego					8. Adres e-mail				

II. DANE DZIECKA/UCZNIA

9. Nazwisko dziecka/ucznia					10. Imię dziecka/ucznia				
11. Data urodzenia (dd.mm.rrrr)									
12. Adres zamieszkania dziecka/ucznia (ulica, nr domu, nr mieszkania)									
13. Kod pocztowy					-		14. Miejscowość		

III. DANE PLACÓWKI, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO/UCZEŃ

15. Miejsce realizacji kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (należy zaznaczyć znak x)									
<input type="checkbox"/> przedszkole					<input type="checkbox"/> szkoła ponadpodstawowa				
<input type="checkbox"/> inna forma wychowania przedszkolnego					<input type="checkbox"/> OREW				
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa									
16. Klasa/oddział									
17. Pełna nazwa placówki, do której uczęszcza/będzie uczęszczało dziecko/uczeń									
18. Adres placówki (ulica, nr budynku)									
19. Kod pocztowy					-		20. Miejscowość		

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

CZEŚĆ B
dotyczy zwrotu kosztów dowozu dziecka ucznia z niepełnosprawnością własnym
środkiem transportu

Wnioskodawca oświadcza, że:			
<input type="checkbox"/>	Zapewnia dowożenie dziecka/ucznia na własny koszt		
<input type="checkbox"/>	Planuje dowóz w okresie czasu	od (dd.mm.rrrr.)	do (dd.mm.rrrr.)
<input type="checkbox"/>	Zapewnia dowóz dziecka/ucznia prywatnym samochodem osobowym		
Dane samochodu wykorzystywanego do dowozu:			
	marka samochodu		
	model samochodu		
	pojemność silnika (cm ³)		
	rodzaj paliwa		
	Numer rejestracyjny samochodu		
Trasa dowozu dziecka/ucznia:			
Liczba km powinna zostać policzona wg najkrótszej trasy drogami publicznymi			
<input type="checkbox"/>	Dowodzi dziecko jadąc z miejsca zamieszkania		liczba km
<input type="checkbox"/>	Odbiera dziecko jadąc z miejsca zamieszkania		liczba km
<input type="checkbox"/>	Dowodzi dziecko jadąc do miejsca pracy (opiekun wykonuje pracę zawodową – adres miejsca pracy wpisać obok)		Adres:
			liczba km
<input type="checkbox"/>	Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do pracy		Liczba kilometrów z miejsca pracy do miejsca zamieszkania
<input type="checkbox"/>	Odbiera dziecko jadąc z miejsca pracy (opiekun wykonuje pracę zawodową – adres miejsca pracy wpisać obok)		Adres:
			liczba km
<input type="checkbox"/>	Rodzice nie uzyskują zwrotu lub dofinansowania kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego oraz jego rodzica/opiekuna z innych źródeł		
<input type="checkbox"/>	Informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą		
<input type="checkbox"/>	Załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z oryginałem		
<input type="checkbox"/>	Przyjmuje do wiadomości, że podane we wniosku oraz załącznikach do wniosku informacje będą kontrolowane w celu weryfikacji uprawnienia do zwrotu kosztów dowożenia.		
<input type="checkbox"/>	W przypadku, gdy wnioskodawca nie jest jedynym właścicielem pojazdu, lub użytkuje samochód, który nie jest jego własnością, oświadczam, że mam zgodę właściciela/współwłaściciela do użytkowania samochodu.		
ZWROT UDOKUMENTOWANYCH KOSZTÓW PRZEWOZU DZIECKA NALEŻY PRZEKAZAĆ PRZELEWEM NA KONTO BANKOWE			
22. Nazwa banku			
23. Nr rachunku bankowego			

INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH
(należy zaznaczyć stawiając znak x lub niepotrzebne skreślić)

Do wniosku dołączam wymagane dokumenty (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem):				
<input type="checkbox"/>	aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	lub	<input type="checkbox"/>	aktualne orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
<input type="checkbox"/>	zaświadczenie z przedszkola /szkoły / placówki oświatowej o realizowaniu nauki w danej placówce			
<input type="checkbox"/>	kserokopię dowodu rejestracyjnego samochodu wykorzystywanego do zapewnienia przewozu dziecka/ucznia			
<input type="checkbox"/>	upoważnienie - zgoda właściciela/współwłaściciela do użytkowania samochodu – w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest jedynym właścicielem pojazdu, lub użytkuje samochód, który nie jest jego własnością			
<input type="checkbox"/>	Inne dokumenty:			

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

CZEŚĆ C
dotyczy bezpłatnego dowozu ucznia/dziecka z niepełnosprawnością przez gminę

Trasa przejazdu dziecka / ucznia (wypełnić w przypadku innego adresu niż podano w części A)	
	Przejazd z /do (ulica, nr domu/lokalu) Z..... do.....
	Czy dziecko / uczeń porusza się na wózku inwalidzkim? (wstaw X we właściwe pole)
<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE
	Rodzaj wózka inwalidzkiego (wstaw X we właściwe pole)
<input type="checkbox"/>	wózek ręczny
<input type="checkbox"/>	wózek ręczny składany
<input type="checkbox"/>	wózek z napędem akumulatorowym
	Oświadczenie o uwarunkowaniach przewozu: (wstaw X we właściwe pole)
<input type="checkbox"/>	konieczność jazdy w wózku inwalidzkim
<input type="checkbox"/>	konieczność przewozu wózka w samochodzie (dziecko/uczeń siedzi na fotelu)
<input type="checkbox"/>	konieczność zapewnienia miejsca dla opiekuna indywidualnego (poza opiekunem z busa np. rodzic/opiekun prawny/asystent)
<input type="checkbox"/>	możliwość jazdy na fotelu samochodowym po samodzielnym przesadzeniu z wózka
<input type="checkbox"/>	konieczność zapewnienia fotelika
<input type="checkbox"/>	konieczność zapewnienia podkładki
<input type="checkbox"/>	inne:
<input type="checkbox"/>	Rodzice nie uzyskują zwrotu lub dofinansowania kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego oraz jego rodzica/opiekuna z innych źródeł
<input type="checkbox"/>	Informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą
<input type="checkbox"/>	Załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z oryginałem
<input type="checkbox"/>	Przyjmuje do wiadomości, że podane we wniosku oraz załącznikach do wniosku informacje będą kontrolowane w celu weryfikacji uprawnienia do zwrotu kosztów dowożenia.

INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH

(należy zaznaczyć stawiając znak x lub niepotrzebne skreślić)

Do wniosku dołączam wymagane dokumenty (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem):				
<input type="checkbox"/>	aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	lub	<input type="checkbox"/>	aktualne orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
<input type="checkbox"/>	zaświadczenie z przedszkola /szkoły / placówki oświatowej o realizowaniu nauki w danej placówce			
<input type="checkbox"/>	Inne dokumenty:			

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna
dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zwrotu kosztów.

Działając na podstawie art. 13.1 RODO [Rozporządzenie 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 95/48/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.U.UE.L 2016.119.1], wobec uzyskania od Pani/Pana danych osobowych, prosimy o zapoznanie się z poniższą informacją:

1. Dane administratora danych [ADO] – administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Prezydent Miasta Gdyni Gdynia 81-382, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 52-54, e-mail: umgdynia@gdynia.pl, tel.: +48 58 66 88 000
2. Inspektor ochrony danych [IOD]: Danuta Pietrzak, e-mail: iod@gdynia.pl adres do korespondencji: 81-382 Gdynia, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 52-54
3. Cel przetwarzania: Dane osobowe będą przetwarzane z konieczności załatwienia Pani/Pana wniosku zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przekształceniu prawa użytkownika wieczystego w prawo własności nieruchomości (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 83 ze zmianami). ADO nie przewiduje przetwarzania uzyskanych danych osobowych w celach innych niż wskazane w zdaniu poprzedzającym, gdyby jednak taka okoliczność miała mieć miejsce, o wykorzystaniu uzyskanych danych osobowych na inne cele zostanie Pani/Pan odrębnie poinformowana/y.
4. ADO nie przewiduje przekazania uzyskanych danych osobowych innym odbiorcom poza jednostkami organizacyjnymi podległymi ADO albo organami władzy publicznej zgodnie z postępowaniem właściwym w sprawie. W przypadku ujawnienia się konieczności przekazania danych odbiorcom innym niż w zdaniu poprzedzającym, zostanie Pani/Pan odrębnie poinformowana/y.
5. ADO nie przewiduje przekazania uzyskanych danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. W przypadku takiego zamiaru zostanie Pani/Pan odrębnie poinformowana/y.
6. ADO nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania w oparciu o otrzymane dane osobowe. Równocześnie ADO informuje, iż:
7. Czas przetwarzania danych osobowych wiązać się będzie z właściwą procedurą prawną; okresem wykonywania umowy; przepisami prawa upoważniającymi do zachowania i archiwizacji pozyskanych danych.
8. Ma Pani/Pan prawo do:
 - a. żądania uzyskania kopii danych osobowych, lub ich udostępnienia w siedzibie ADO w Gdyni (art. 15 RODO)
 - b. żądania sprostowania danych osobowych (art. 16 RODO),
 - c. żądania usunięcia swoich danych osobowych (art. 17 RODO) tzw. „prawo do bycia zapomnianym”,
 - d. żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych (art. 18 RODO),
 - e. żądania przeniesienia własnych danych osobowych w powszechnie używanym formacie do innego administratora danych wskazanego przez siebie (art. 20 RODO),
 - f. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (art. 21 RODO),
 - g. cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, o ile przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej uprzednio zgody (art. 7.3 RODO)
9. ADO informuje jednocześnie, iż na podstawie art. 77 RODO ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Urząd Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel.: 22 531 03 00, dotyczącej niezgodności przetwarzania przekazanych danych osobowych z RODO.

.....
miejscość, data

.....
podpis wnioskodawcy