

Dane wnioskodawcy:, dnia

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(numer telefonu kontaktowego)

**Wójt Gminy
Bełchatów**

WNIOSEK

w sprawie dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka

Proszę o (odpowiednie zakreślić - a, b lub c):

a) objęcie dowozem mojego niepełnosprawnego dziecka samochodem (busem) będącym w dyspozycji gminy Bełchatów

b) zwrot kosztów dowozu dziecka prywatnym samochodem osobowym na trasie:

- miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce zamieszkania i z powrotem,

c) zwrot kosztów dowozu dziecka prywatnym samochodem osobowym na trasie:

- miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce pracy i z powrotem.

Dziecko korzysta z wózka inwalidzkiego: TAK / NIE *

Informacje o dziecku, niezbędne do właściwego sprawowania opieki w czasie przewozu:

.....

.....

Dane dziecka:

Imię i nazwisko ucznia:

.....

Data i miejsce urodzenia ucznia:

.....

Adres zamieszkania ucznia:

.....

Pełna nazwa oraz adres przedszkola/szkoły/ośrodka, do której dziecko uczęszcza lub będzie uczęszczało.....

.....

Klasa:

Rok szkolny/.....

Dane dotyczące niepełnosprawności ucznia:

Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ucznia

- 1) Nr orzeczenia o niepełnosprawności
- 2) Data wydania ww. orzeczenia
- 3) Data obowiązywania orzeczenia
- 4) Symbol przyczyny niepełnosprawności:

Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno – pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia

- 1) Nr orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
- 2) Data wydania ww. orzeczenia
- 3) Okres, na jaki obowiązuje orzeczenie (np. na I etap edukacji)
z uwagi na

Punkt I , II i III dotyczy rodziców wnioskujących o zwrot kosztów samochodem prywatnym.

I. Liczba kilometrów:

- miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce zamieszkania / lub miejsce pracy i z powrotem wynosi:.....

- miejsce zamieszkania – miejsce pracy i z powrotem wynosi:.....

Uwagi:.....

II. Dane o prywatnym samochodzie osobowym wykorzystywanym do dowozu dziecka:

MARKA:

NUMER REJESTRACYJNY:..... POJEMNOŚĆ.....cm³

ROK PRODUKCJI

RODZAJ PALIWA:

- a) diesel
- b) benzyna (95 , 98 – odpowiednio wpisać)
- c) gaz
- d) energia elektryczna

Średnie zużycie na 100 km wg danych producenta pojazdu:.....

III. Proszę o przekazanie środków pieniężnych z tytułu zwrotu kosztów przewozu ucznia na konto osobiste numer:

.....

IV. Dokumenty dołączone do wniosku:

1. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka,
2. Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka,
3. Skierowanie dziecka do kształcenia specjalnego w danym przedszkolu/szkole/ośrodku lub jeśli nie posiada skierowania - zaświadczenie potwierdzające przyjęcie/uczęszczanie dziecka do przedszkola/szkoły/ośrodka.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....

* nieodpowiednie skreślić