

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres wnioskodawcy)

.....
(nr telefonu)

**Wniosek
o zwrot kosztów przejazdu ucznia¹ niepełnosprawnego oraz jego opiekuna do
przedszkola, szkoły lub ośrodka**

1. Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia:

1. Nazwisko i imię ucznia:.....
2. Data i miejsce urodzenia:.....
3. Adres zamieszkania ucznia:.....

2. Proszę o zwrot kosztów przejazdu opiekuna ucznia w czasie przejazdu:

1. Nazwisko i imię opiekuna:.....
2. Adres zamieszkania opiekuna:.....
3. Okres dowożenia do szkoły/przedszkola lub ośrodka:
od.....do.....

3. Dokładny adres szkoły/przedszkola lub ośrodka, do którego będzie uczęszczało dziecko:

.....
.....

4. Jednocześnie informuję, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do

szkoły/przedszkola/ośrodka wynosi km.

5. Uczeń dowożony jest samochodem osobowym/środkami publicznego transportu zbiorowego.²

6. W przypadku dowozu dziecka samochodem osobowym oświadczam, że posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

7. Urząd skarbowy.....

8. Oświadczam, pod odpowiedzialnością z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U z 1997 r. Nr. 88, poz. 553 z późn.zm.), iż informacje zawarte w złożonym wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, do celów związanych z organizacją dowozu uczniów do szkół i ośrodków, zgodnie z ustawą, z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2015 r. poz. 2135 z późn.zm.)

Załączniki:

- 1 aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- 2 aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,
- 3 potwierdzenie danych o uczniu przez dyrektora jednostki, do której uczeń uczęszcza.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

¹zgodnie z § 1 pkt 2 zarządzenia przez pojęcie „uczeń” należy rozumieć osoby wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1-4

²niepotrzebne skreślić

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(adres)

.....
(PESEL ucznia)

**Potwierdzenie danych o uczniu przez dyrektora jednostki oświatowej, do której
uczeń uczęszcza.**

Potwierdzam dane zawarte we wniosku o zwrocie kosztów przejazdu ucznia oraz jego opiekuna do

przedszkola, szkoły lub ośrodka z dnia o uczniu..... oraz

(wniosek z dnia)

(imię i nazwisko ucznia)

oświadczam, że uczeń jest/nie jest objęty kształceniem specjalnym na podstawie art. 71b ustawy z dnia

7 września 1991 r. o systemie oświaty.

.....
(Pieczęć przedszkola, szkoły lub ośrodka)

.....
(Podpis dyrektora)

U M O W A nr

Zawarta w Gostycynie w dniu.....pomiędzy:

Gminnym Zespołem Oświatowym w Gostycynie ul. Sępoleńska 12a 89-520 Gostycyn w imieniu którego działa dyrektor Gminnego Zespołu Oświatowego w Gostycynie – Anna Bereda,

a
Panem/Panią.....zam.....
legitymującym się dowodem osobistym nr.....rodzicami/opiekunami/opiekunami
prawnymi ucznia zamieszkałymi pod adresem
zwanymi dalej Opiekunami dysponującymi samochodem osobowym marki
o numerze rejestracyjnym o pojemności skokowej silnika.....³cm³, numerze
dowodu rejestracyjnego.....

§ 1

1. Pani/Pan.....zapewniają dowożenie i opiekę ucznia.....zamieszkałego
.....z miejsca zamieszkania do.....
i z powrotem. Odległość pomiędzy miejscem zamieszkania a jednostką oświatową wynosi.....km.
2. Gminny Zespół Oświatowy w Gostycynie zwraca koszty przejazdów, o których mowa w ust. 1

§ 2

1. Wysokość miesięcznej kwoty zwrotu kosztów dowozu jest obliczana jako podwojony iloczyn odległości miejsca zamieszkania ucznia od jednostki oświatowej, stawki za kilometr przebiegu i liczby dni obecności ucznia w szkole w miesiącu rozliczeniowym.
2. Rodzice, opiekunowie lub opiekunowie prawni składają w Gminnym Zespole Oświatowym w Gostycynie, którego wzór stanowi załącznik do umowy, za przejazdy ucznia niepełnosprawnego nie później niż do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu w którym realizowano dowóz ucznia. Wypłata środków finansowych z tytułu zwrotu kosztów przejazdu ucznia, o którym mowa w §1 następuje nie później niż 14 dni od dnia złożenia rachunku, na rachunek bankowy (nr rachunku.....).
3. Nie przysługuje refundacja kosztów przejazdu za dni nieobecności ucznia w jednostce oświatowej.

§ 3

Wysokość stawki za jeden kilometr przebiegu pojazdu wynosi 0,40 zł (słownie: zero złotych 40/100)

§ 4

Umowę zawiera się od dnia.....do dnia.....z tym, że każdej ze stron przysługuje prawo do jej rozwiązania za uprzednim dwutygodniowym wypowiedzeniem.

§ 5

Opiekun ponosi wszelką odpowiedzialność za ewentualne szkody wynikające z wypadków lub wszelkiego rodzaju zdarzeń wynikłych w czasie dowożenia i opieki nad uczniem.

§ 6

Opiekun gwarantuje bezpieczeństwo osób i mienia podczas przewozu osób.

§ 7

Gminny Zespół Oświatowy w Gostycynie nie bierze odpowiedzialności za wypadki i zdarzenia jakiegokolwiek typu, w wyniku których nastąpi w szczególności szkoda materialna, uszkodzenie ciała czy śmierć, spowodowana działalnością Opiekuna.

§ 8

Obowiązkiem opiekuna jest zapewnienie właściwego stanu technicznego pojazdu, którym przewożone będzie dziecko niepełnosprawne.

§ 9

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

§ 10

Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 11

W sprawach nie unormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

.....

Podpis Rodzica/Opiekuna/ Opiekuna prawnego

.....

Podpis Zleceniodawcy

....., dnia.....

(miejscowość)

.....
(nazwisko i imię rodzica, opiekuna, opiekuna prawnego)

.....
(adres)

.....
(adres)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(PESEL ucznia)

Rozliczenie dowozu ucznia do jednostki samochodem osobowym rodziców, opiekunów lub opiekunów prawnych wskazanych w umowie

Przekładam rozliczenie dowozu ucznia.....

(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

w okresie od.....do.....z miejsca zamieszkania, tj.

z miejscowości.....do.....
(miejsce zamieszkania) (nazwa jednostki oświatowej)

Rozliczenie

Odległość z miejsca zamieszkania od jednostki oświatowej km x stawka

zł/km x liczba dni x 2 = zł.

(kwota słownie:.....)

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna/opiekuna/prawnego)

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(nazwisko i imię ucznia)

.....
(adres)

.....
(PESEL ucznia)

**Oświadczenie dyrektora jednostki oświatowej do której uczęszcza uczeń,
o liczbie dni obecności ucznia w przedszkolu/szkole/ośrodku.**

Liczba dni obecności w przedszkolu/szkole/ośrodku.....

w okresie od.....do.....

.....
(Pieczęć przedszkola, szkoły lub ośrodka)

.....
(Podpis dyrektora)

U M O W A nr

Zawarta w Gostycynie w dniu.....pomędzy:

Gminnym Zespołem Oświatowym w Gostycynie ul. Sępoleńska 12a 89-520 Gostycyn w imieniu którego działa dyrektor Gminnego Zespołu Oświatowego w Gostycynie – Anna Bereda,

a
Panem/Panią.....zam.....
legitymującym się dowodem osobistym nr.....rodzicem/opiekunem/opiekunem
prawnym ucznia zamieszkałym pod adresem
zwanymi dalej Opiekunem. Opiekun dowozi ucznia środkiem publicznego transportu zbiorowego
i bierze za niego odpowiedzialność w tym czasie.

§ 1

1. Pani/Pan.....zapewniają dowożenie i opiekę ucznia.....zamieszkałego
.....z miejsca zamieszkania do.....
i z powrotem środkiem publicznego transportu zbiorowego w regularnych przewozach osób.
2. Gminny Zespół Oświatowy w Gostycynie zwraca koszty przejazdów, o których mowa w ust. 1
według zasad określonych w § 2 ust. 2 umowy.

§ 2

1. Wysokość miesięcznej kwoty zwrotu kosztów przejazdu ucznia i opiekuna środkami komunikacji publicznej obliczana jest jako wysokość faktycznie poniesionych kosztów zakupu biletów miesięcznych, biletów jednorazowych za przejazdy w miesiącu poprzedzającym płatność z uwzględnieniem ulgi wynikającej z ustawy.
2. Rodzic, opiekun lub opiekun prawny składa w Gminnym Zespole Oświatowym w Gostycynie, rozliczenie, stanowiące załącznik do umowy o dowóz ucznia i opiekuna środkiem publicznego transportu zbiorowego, z załączonymi do niego fakturami, biletami miesięcznymi, biletami jednorazowymi za przejazdy ucznia i opiekuna nie później niż do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym realizowano dowóz ucznia. Wpłata środków finansowych z tytułu zwrotu kosztów przejazdu ucznia, opiekuna następuje nie później niż 14 dni od dnia złożenia rozliczenia, na rachunek bankowy (nr rachunku.....).

§ 3

Umowę zawiera się od dnia.....do dnia.....z tym, że każdej ze stron przysługuje prawo do jej rozwiązania za uprzednim dwutygodniowym wypowiedzeniem.

§ 4

Opiekun ponosi wszelką odpowiedzialność za ewentualne szkody wynikające z wypadków lub wszelkiego rodzaju zdarzeń wynikłych w czasie opieki nad uczniem.

§ 5

Gminny Zespół Oświatowy w Gostycynie nie bierze odpowiedzialności za wypadki i zdarzenia jakiegokolwiek typu, w wyniku których nastąpi w szczególności szkoda materialna, uszkodzenie ciała czy śmierć, spowodowana działalnością Opiekuna.

§ 6

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

§ 7

Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nie unormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

.....
Podpis Rodzica/Opiekuna/ Opiekuna prawnego

.....
Podpis Zleceniodawcy

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(nazwisko i imię rodzica, opiekuna, opiekuna prawnego)

.....
(adres)

.....
(imię , nazwisko i PESEL ucznia)

Rozliczenie przejazdów ucznia i opiekuna do jednostki środkami komunikacji publicznej,

Przekładam rozliczenie dowozu ucznia.....
(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

Oraz Opiekuna.....
(imię i nazwisko opiekuna)

w okresie od.....do.....z miejsca zamieszkania, tj.
z miejscowości.....do.....
(miejsce zamieszkania) (nazwa jednostki oświatowej)

.....
(data i podpis zleceniobiorcy)

Rozliczenie

Rozliczenie za m-c 20.....r.

Ilość biletów dziennych	Ilość biletów.....miesięcznych	Ilość faktur
-------------------------------	--------------------------------	--------------------

4. Miesięczny koszt biletów/faktur:

- ucznia niepełnosprawnego -

- opiekuna -

5. Kwota ogółem w złotych za bilety

.....
(data i podpis pracownika GZO)