

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy wraz z kodem pocztowym)

.....
(telefon kontaktowy wnioskodawcy)

Gminna Centrum Usług Wspólnych
w Brzeźniu
ul. Wspólna 44
98-275 Brzeźnio

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 OBOWIAZKOWEGO PRZYGOTOWANIA
PRZEDSZKOLNEGO, OBOWIAZKU SZKOLNEGO I OBOWIAZKU NAUKI

I.1. Wnioskuję o zwrot kosztów za przewóz 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

.....

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 zamieszkaniaplacówka
(adres).....

b) placówka (adres)miejsce
zamieszkania

c) miejsce zamieszkania placówka
(adres)
d) placówka (adres)miejsce
zamieszkania

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

a) miejsce zamieszkania placówka
(adres)

b) placówka (adres) miejsce
pracy (adres)**

c) miejsce pracy (adres) placówka
(adres)

d) placówka (adres) miejsce
zamieszkania

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

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

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

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

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

.....

[illegible]

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 paliwa: benzyna, olej napędowy, autogaz*,
- 4) średnie zużycie paliwa w jednostkach na 100 kilometrów dla danego pojazdu według danych producenta pojazdu..... .

2. Samochód jest sprawny technicznie - posiada aktualne badania techniczne: TAK/NIE*

3. Posiadam aktualne ubezpieczenie OC – TAK/NIE*.

4. Przyjmuję do wiadomości, że mogę zostać zobowiązana/zobowiązany* do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów.

5. 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.

* niepotrzebne skreślić

.....

(miejscowość data)

.....

(Czytelny podpis Wnioskodawcy)