

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOJAZDU MIKROBUSAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH , NIE
MOGĄCYCH KORZYSTAĆ Z GMINNEGO TRANSPORTU ZBIOROWEGO**

Nazwisko i imię

Data urodzenia: _____ - _____ - _____

Ulica / nr domu.....

KodGdańsk Telefon.....

Adres placówki

.....

- 1) Informacja o konieczności poruszania się za pomocą przedmiotów ortopedycznych.....
- 2) *Uzasadnienie braku możliwości korzystania z gminnego transportu zbiorowego.....
.....
.....
a) liczba przesiadek w komunikacji miejskiej
- 3) Informacja o sytuacji materialnej (w przypadku ubiegania się o zwolnienie z opłat)
.....
a) liczba osób pracujących w rodzinie
- 4) Posiadam / nie posiadam dotację z PFRON na zakup auta (niepotrzebne skreślić)
- 5) Wnioskuję o: przyznanie dojazdu Zwolnienie z opłaty abonamentowej

Rodzaj orzeczenia oraz posiadany stopień niepełnosprawności lub grupy inwalidzkiej (proszę zaznaczyć x)

rodzaj orzeczenia	Data ważności	stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka
orzeczenie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności o stopniu niepełnosprawności		
orzeczenie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności o uznaniu za dziecko niepełnosprawne		
orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych		
orzeczenie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego		
orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z poradni psychologiczno-pedagogicznej		
inne orzeczenie, jakie ?		

Do wniosku dołączam:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności, albo kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia KiZ lub lekarza orzecznika ZUS, albo kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (**oryginał do wglądu**)
- kopię orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z poradni psychologiczno-pedagogicznej (**oryginał do wglądu**)

- godziny i dni tygodnia w jakich mają się odbywać zajęcia (w przypadku, gdy są już znane)

.....
data i podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*,

*** wnioski bez uzasadnienia nie będą rozpatrywane.**

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O PRYZNANIE DOJAZDU
MIKROBUSAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

Proszę podkreślić opcję dotyczącą osoby niepełnosprawnej.

Podczas przewozu mikrobusem osoba niepełnosprawna :

- musi jechać w wózku inwalidzkim

TAK NIE

- może jechać na fotelu samochodowym po przesadzeniu z wózka inwalidzkiego

TAK NIE

- wózek musi być przewożony w samochodzie (osoba siedzi na fotelu)

TAK NIE

- musi być zapewnione miejsce dla opiekuna (indywidualnego)

TAK NIE

- czy wózek jest składany

TAK NIE

Uwagi dodatkowe

.....
.....
.....

Podpis

.....

Dnia:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Zarząd Transportu Miejskiego w Gdańsku** w zarejestrowanym zbiorze danych osobowych o nazwie „*Transport osób niepełnosprawnych w Gdańsku*” w celu „*spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa (Uchwała Rady Miasta Gdańska 25.08.2005 XLI/1379/05)*”.

W rozumieniu Ustawy z dnia 29.08.1997r, o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U z roku 2002 nr 101, poz. 926) administratora zbioru danych, w których przetwarzane będą moje dane osobowe jest **Zarząd Transportu Miejskiego w Gdańsku**.

Równocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o tym, że podanie moich danych osobowych jest dobrowolne oraz o przysługującym mi prawie do kontroli treści danych, ich poprawiania a także o prawie sprzeciwu wobec przetwarzania oraz wobec przekazywania moich danych osobowych innym podmiotom.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje na temat moich danych osobowych przetwarzanych przez **Zarząd Transportu Miejskiego w Gdańsku** udzielane mi będą na podstawie pisemnego wniosku oraz że z prawa do uzyskania takich informacji mogę korzystać nie częściej niż raz na sześć miesięcy.

.....
podpis