Załącznik Nr 1

do Uchwały Nr LVII/508/2018

Rady Miejskiej

Tomaszowa Mazowieckiego

z dnia 25 stycznia 2018 r.

………………………………….

(pieczęć podmiotu dotowanego)

**Prezydent Miasta**

**Tomaszowa Mazowieckiego**

**WNIOSEK O UDZIELENIE DOTACJI**

**na rok ………….**

1. **Nazwa osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby prowadzącej podmiot dotowany**

…………………………………………………………………………………..

1. **Dane podmiotu dotowanego:**
2. Nazwa przedszkola/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły:

……………………………………………………………………………………

1. Typ, rodzaj przedszkola/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły:

……………………………………………………………………………………

1. Adres przedszkola/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły:

……………………………………………………………………………………

1. Numer telefonu przedszkola/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły:

………………………………………………………………………………………

1. **Numer i data zaświadczenia o wpisie do ewidencji:** …………………..………………………………………………………….
2. **Numer i data decyzji o nadaniu szkole uprawnień szkoły publicznej:** ….…………………………………………………………....
3. **Rachunek bankowy właściwy do przekazania należnej dotacji:**

1. Nazwa banku: …………………………………………………………………………..

2. Posiadacz rachunku bankowego przedszkola/innej formy wychowania

przedszkolnego/szkoły(zgodnie z umową zawartą z bankiem):  
 …………………………………………………………………………………………

1. Numer rachunku bankowego: …………………………………………………………..
2. **REGON:** ……..………….………… **NIP:** ……………………………...
3. **Planowana liczba uczniów w poszczególnych miesiącach roku budżetowego:**

- w tym uczniów niepełnosprawnych/ objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc** | **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** | **VI** | **VII** | **VIII** | **Razem**  **I-VIII** |
| Liczba uczniów |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc** | **IX** | **X** | **XI** | **XII** | **Razem**  **IX-XII** |
| Liczba uczniów |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc | Liczba uczniów | | | | | |
| Rodzaj niepełnosprawności, oznaczenie wagi  Wczesne wspomaganie rozwoju | | | | | |
| Niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim, niedostosowanie społeczne, zaburzenie zachowania, zagrożenie uzależnieniem, zagrożenie niedostosowaniem społecznym, z chorobami przewlekłymi | Niewidomi, słabowidzący,  z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,  z zaburzeniami psychicznymi | Niesłyszący, słabosłyszący, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym/znacznym | Niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim,  z niepełnosprawnością sprzężoną, z autyzmem,  w tym z zespołem Aspergera | Wczesne wspomaganie rozwoju | Razem |
| I |  |  |  |  |  |  |
| II |  |  |  |  |  |  |
| III |  |  |  |  |  |  |
| IV |  |  |  |  |  |  |
| V |  |  |  |  |  |  |
| VI |  |  |  |  |  |  |
| VII |  |  |  |  |  |  |
| VIII |  |  |  |  |  |  |
| IX |  |  |  |  |  |  |
| X |  |  |  |  |  |  |
| XI |  |  |  |  |  |  |
| XII |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |  |  |

1. **Dane osoby reprezentującej osobę/organ prowadzący przedszkole/inną formę wychowania przedszkolnego/szkołę lub osoby upoważnionej:**
2. Nazwisko i imię: ……………………………………………………………………………....
3. Stanowisko służbowe i telefon: ……………………………………………………………….
4. **Zobowiązuję się do:**

1. Comiesięcznego składania informacji o aktualnej liczbie uczniów.

2. Zgłaszania wszelkich zmian danych zawartych we wniosku, w ciągu 7 dni od dnia ich wystąpienia, w szczególności:

a) adresu podmiotu dotowanego,

b) nazwy i adresu osoby prawnej lub fizycznej prowadzącej przedszkole/inną formę wychowania przedszkolnego/szkołę,

c) numeru rachunku bankowego.

Nazwisko i imię osoby sporządzającej wniosek i numer telefonu:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………… ………………………………

(miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby prowadzącej lub

osoby upoważnionej do złożenia wniosku)

**Termin składania wniosku** – do dnia 30 września roku poprzedzającego rok przyznania dotacji.