# Wniosek o zapewnienie dostępności

**Instrukcja Wypełnienia**

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebujesz zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej. Podmiot publiczny ustali Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizuje lub zapewni dostęp alternatywny.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X.
3. Wypełnij pola obowiązkowe zaznaczone \*.
4. We wniosku podaj adres do korespondencji w tej sprawie.

Potrzebujesz wsparcia? Zadzwoń 77 4467 120

**Podmiot objęty wnioskiem**

Wpisz poniżej dane podmiotu objętego wnioskiem.

**Nazwa:** …………………………………………………………………………………………

**Ulica, numer domu i lokalu**: ………………………………………………….……………....

**Kod pocztowy**: …………………………………………………………………………………

**Miejscowość:** …………………………………………………………………………………..

**Państwo:** ……………………………………………………………………………………….

**Dane wnioskodawcy**

Wpisz poniżej swoje dane

**Imię\*:** …………………………………………………………..

**Nazwisko\*:** ……………………….……………………………

**Ulica, numer domu i lokalu:** …………………………………

**Kod pocztowy:** ………………………………………………..

**Miejscowość:** ……………………………………………….…

**Państwo:** ………………………………………………………

**Numer telefonu:** ………………………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………………..…..

## Zakres wniosku

1. **Jako barierę w dostępności wskazuję:\***

Napisz, dlaczego jest Ci trudno skorzystać z podmiotu publicznego. Możesz wskazać kilka barier. Jeżeli w polu jest zbyt mało miejsca, dodaj opis jako załącznik wniosku.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby:\***

Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez podmiot publiczny dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Proszę o zapewnienie dostępności poprzez:**

Wypełnij jeżeli chcesz, żeby podmiot publiczny zapewnił dostępność w określony sposób.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Oświadczenie

W polu wyboru obok Twojego statusu wstaw znak X.

Jeśli posiadasz, załącz do wniosku dokument potwierdzający Twój status**.**

| **Wybór** | | | **Mój status** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Osoba ze szczególnymi potrzebami | | |
|  | Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami | | |

## Sposób kontaktu\*

Wstaw znak X w polu wyboru, aby wskazać jak mamy się z Tobą kontaktować w sprawie wniosku.

| **Wybór** | | | **Sposób kontaktu** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Listownie na adres wskazany we wniosku | | |
|  | Elektronicznie, poprzez konto ePUAP | | |
|  | Elektronicznie, na adres email | | |
|  | Inny, napisz jaki: ……………………………………. | | |

## Załączniki

Napisz, ile dokumentów załączasz.

Liczba dokumentów: …………………………………………….

…………………………… ……………………………

Data Podpis

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących osobom fizycznym, dostępne są pod adresem:

http://pcpr.powiatkrapkowicki.pl/klauzula-informacyjna