

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....

.....
(adres Wnioskodawcy)

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U z 2022 r., poz. 2240 ze zm.), jako (zaznacz jedną z dwóch odpowiedzi):

☐ **osoba ze szczególnymi potrzebami**

(tj. osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w której się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami)

☐ **przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami** (rodzic, opiekun, kurator)

.....

(podaj imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie:

☐ **dostępności architektonicznej**, (np. wózek inwalidzki, łóżko)

☐ **dostępności informacyjno – komunikacyjnej** (np. dokumenty z powiększoną czcionką)

1. Jako barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą zapewnienie dostępność wskazuję:

Napisz dlaczego jest Ci trudno załatwić swoją sprawę. Możesz wymienić kilka powodów.

.....
.....

2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, w dniuo godz. w celu:

☐ **Odbycia wizyty lekarskiej**

☐ **Wykonania badań**

☐ **Odbioru wyników**

☐ **Załatwienia innej sprawy**– proszę podać jakiej.....

W Pracowni/ Poradni/ Oddziale

3. Proszę o zapewnienie dostępności poprzez (jakie wsparcie będzie dla Ciebie najlepsze):

.....
.....

Sposób kontaktu (wybierz formę kontaktu):

1. telefonicznie (nr telefonu):

2. listownie(adres)

3. elektronicznie (adres e-mail)

4. Inna forma (jaka?)

UWAGA: W RAZIE REZYGNACJI Z POTRZEBY POMOCY PROSIMY ZGŁOSIĆ TEN FAKT NA NUMER TELEFONU: 12 64 68 613

.....data i podpis Wnioskodawcy