Załącznik nr 3 do Decyzji nr …………/2023

KPP w Lubaczowie z dnia ………….../2023

**Wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej lub cyfrowej\***

**Instrukcja wypełniania**

Jeżeli potrzebujesz zapewnienie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej lub cyfrowej, wypełnij ten wniosek. Podmiot publiczny, do którego zostaje złożony wniosek ustali Twoje prawo do żądania zapewnienia dostępności i realizuje je lub zapewni dostęp alternatywny.

W tym celu należy wykonać następujące czynności:

1.Wniosek wypełnij wielkimi literami wyraźnym pismem;

2. Wypełnij pola obowiązkowe oznaczone \*;

3. Wybierz jedną lub kilka dostępności, których sprawa dotyczy – niepotrzebne wykreśl \*;

4. We wniosku podaj adres do korespondencji w tej sprawie;

**Podmiot objęty wnioskiem**  Wpisz dane w polach poniżej

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** |  |
| **Ulica, numer domu i lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Państwo** |  |

**Dane wnioskodawcy** Wpisz dane w polach poniżej

|  |  |
| --- | --- |
| **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 poniżej jest zbyt mało miejsca, dodaj opis jako załącznik do wniosku.

|  |
| --- |
|  |

**2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, żeby\***

Napisz, dlaczego potrzebujesz zapewnienia przez podmiot publiczny dostępności

architektonicznej, informacyjno – komunikacyjnej lub cyfrowej\*

|  |
| --- |
|  |

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

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

|  |
| --- |
|  |

**Oświadczenie**

Zaznacz Twój status.

Jeśli posiadasz, załącz do wniosku dokument potwierdzający Twój status

|  |
| --- |
|  |

Osoba ze szczególnymi potrzebami

|  |
| --- |
|  |

Przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

**Sposób kontaktu\***

Wybierz sposób kontaktu

|  |
| --- |
|  |

Listownie na adres wskazany we wniosku

|  |
| --- |
|  |

Elektronicznie, poprzez konto e-PUAP

|  |
| --- |
|  |

Elektronicznie, na adres e-mail

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Inny, napisz jaki

**Załączniki**

Napisz, ile dokumentów załączasz

|  |
| --- |
|  |

Liczba dokumentów

**Data i podpis**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Data Podpis**