

.....

....., dn.

.....

.....

(dane Wnioskodawcy
albo osoby reprezentującej Wnioskodawcę)

**Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Myszkowie
ul. Partyzantów 21
42-300 Myszków**

**W N I O S E K
o zapewnienie dostępności**

W związku z brakiem możliwości skorzystania z usług świadczonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie zwracam się o wypełnienie obowiązków ustawowych i zapewnienie mi dostępności.

Jestem osobą, która

.....

(opis szczególnych potrzeb Wnioskodawcy wraz z ich powiązaniem z żądaniem zapewnienia dostępności – tak, aby został wykazany interes faktyczny)

W związku z powyższym nie miałem możliwości skorzystania z
ze względu na
(wskazanie bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej dostępność w zakresie architektonicznym lub informacyjno – komunikacyjnym)

Najbardziej odpowiadałoby mi

.....

(wskazanie preferowanego sposobu zapewnienia dostępności)

.....

(podpis)