# Skarga na brak dostępności

## Instrukcja wypełniania

Podmiot publiczny nie zapewnił dostępności na Twój wniosek?

Wypełnij ten formularz, żeby złożyć skargę na brak dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej podmiotu publicznego.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X.
3. Wypełnij pola obowiązkowe zaznaczone \*.
4. Podaj adres do korespondencji w tej sprawie.
5. Potrzebujesz wsparcia? Zadzwoń na infolinię PFRON: 22 581 84 10.

| Dane osoby składającej skargę | | Wpisz dane w polach poniżej. | |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię\* |  | |
| Nazwisko\* |  | |
| Ulica, numer domu i lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Miejscowość |  | |
| Państwo |  | |
| Numer telefonu |  | |
| Adres email |  | |

| Dane skarżonego podmiotu | | Wpisz dane w polach poniżej. | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa |  | |
| Ulica, numer domu i lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Miejscowość |  | |
| Państwo |  | |

## Zakres skargi

Jeśli załączasz kopię wniosku o zapewnienie dostępności, nie musisz wypełniać punktów 1,2 i 3.

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 skargi.

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.

## Sposób kontaktu\*

Wstaw znak X w polu wyboru, aby wskazać jak mamy się z Tobą kontaktować w sprawie skargi. Jeśli załączasz kopię wniosku o zapewnienie dostępności, nie musisz wypełniać tego punktu.

| **Wybór** | | | **Sposób kontaktu** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Listownie, na adres wskazany w skardze | | |
|  | Elektronicznie, poprzez skrzynkę ePUAP | | |
|  | Elektronicznie, na adres email | | |
|  | Inny, napisz jaki: | | |

## Załączniki

Napisz, ile dokumentów załączasz.

Liczba dokumentów:

## Data i podpis

**Data**

Format dd-mm-rrrr

**Podpis\***

## Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 03-828 Warszawa. 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:  
https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/