

.....  
(miejscowość, data)**WNIOSEK O PRYZNANIE CERTYFIKATU  
OBIEKTU PRZYJAZNEGO OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM RUCHOWO**

Wypełniony wniosek należy złożyć w sekretariacie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, można również przesłać go pocztą na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, ul. Tanowska 8, 72-010 Police.

Nazwa obiektu .....

.....

Ulica, nr .....

Kod pocztowy..... Miejscowość .....

Telefony: ..... Fax: .....

e-mail: ..... strona www .....

Właściciel lub użytkownik obiektu (imię i nazwisko lub nazwa i adres) .....

.....

**1. Czy obiekt posiada utwardzone dojścia do budynku i ciągi piesze ?:** \*

- a) Tak
- b) Nie

**2. Czy obiekt posiada podjazd dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich umożliwiający wjazd i wyjazd z i do budynku (w przypadku występowania schodów) ?:** \*

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak schodów

**3. Czy pozioma przestrzeń manewrowa przed wejściem do budynku ma wymiary przynajmniej 1,5 m na 1,5 m i umożliwia manewrowanie wózkiem inwalidzkim ?:** \*

- a) Tak
- b) Nie

**4. Czy drzwi wejściowe do obiektu oraz w ciągach komunikacyjnych mają szerokość w świetle co najmniej 0,9 m oraz wysokość co najmniej 2 m, bez progu lub z progiem nie wyższym niż 0,02 m ?:** \*

- a) Tak
- b) Nie

**5. Czy powierzchnia przed drzwiami wejściowymi pozbawiona jest odbojów, skrobaczek, wycieraczek lub innych urządzeń wystających ponad poziom wejścia do budynku lub wpuszczonych poniżej tego poziomu ? : \***

- a) Tak
- b) Nie

**6. Czy stopnie schodów są bez nosków i podcięć, o nawierzchni niepowodującej poślizgu lub zabezpieczonej taśmą antypoślizgową ? : \***

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak takich schodów

**7. Czy schody służące do pokonywania wysokości większej niż 0,5 m zaopatrzone są w balustrady ? : \***

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak schodów

**8. Czy schody o szerokości biegu ponad 4 m zaopatrzone są w balustradę pośrodku ? : \***

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak takich schodów

**9. Czy osłony otworów znajdujących się w ciągach komunikacyjnych wewnątrz i na zewnątrz budynku nie wystają ponad powierzchnię? : \***

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak takich otworów

**10. Czy pomieszczenia higieniczno - sanitarne wyposażone są w odpowiednie uchwyty i siedziska niezbędne do korzystania ze znajdujących się tam urządzeń sanitarnych? : \***

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak toalety dla petentów

**11. Czy powierzchnia pomieszczeń higieniczno - sanitarnych umożliwia swobodne manewrowanie wózkiem inwalidzkim? : \***

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak toalety dla petentów

**12. Czy obiekt posiada podnośnik lub dźwig umożliwiający osobom niepełnosprawnym samodzielną komunikację między kondygnacjami w obiektach? : \***

- a) Tak
- b) Nie
- c) Brak kondygnacji
- d) Obsługa petentów na parterze

**13. Inne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (np. wydzielone miejsca parkingowe lub postojowe, dostosowane kasy i miejsca obsługi, itp.) : \*\***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Imię i nazwisko lub nazwa osoby odpowiedzialnej za przesłane dane: .....  
.....  
.....

.....  
(pieczętka i podpis wnioskodawcy)

**UWAGA!**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych przedstawionych we wniosku.

---

\* niepotrzebne skreślić  
\*\* wpisać jakie