

## CERTYFIKAT OBIEKTU PRZYJAZNEGO OSOBIE NIEPEŁNOSPRAWNEJ

### ANKIETA

Wypełnioną ankietę prosimy złożyć w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gryfinie, można również przesłać pocztą na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Łużycka 87, 74-100 Gryfino lub e-mailem: [pcpr.gryfino@gryfino.home.pl](mailto:pcpr.gryfino@gryfino.home.pl)

Nazwa obiektu .....
Ulica, nr.....
Kod pocztowy..... Miasto .....
Telefony: ..... Fax: .....
e-mail: ..... strony www .....
Właściciel obiektu (nazwa i adres) .....
.....
.....

**1. Czy wejście do obiektu i ciągi komunikacyjne umożliwiają swobodne poruszanie się?\***

- a) osobom na wózkach inwalidzkich bez pomocy opiekuna
- b) osobom na wózkach inwalidzkich z pomocą opiekuna
- c) osobom używającym protez lub kul bez pomocy opiekuna
- d) osobom używającym protez lub kul z pomocą opiekuna

Uwagi.....

**2. Czy obiekt posiada toalety dostępne dla osób niepełnosprawnych?\***

- a) TAK - dla osób na wózkach inwalidzkich
- b) TAK - dla osób używających protez lub kul
- c) NIE

Uwagi: .....

**3. Inne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (np. wydzielone miejsca postojowe, dostosowane kasy i miejsca obsługi, pętle induktofoniczne, itp.):\*\***

.....

.....

.....

.....

**Urząd zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych.**

Nazwisko osoby odpowiedzialnej za przesłane dane: .....

(Pieczęć i podpis)

\* zaznaczyć odpowiednie (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

\*\* wpisać jakie

Ocena Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych:

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

Zaznaczyć właściwe:

- a) Obiekt spełnia warunki niezbędne do przyznania Certyfikatu
- b) Obiekt nie spełnia warunków do przyznania Certyfikatu.

.....  
Data

.....  
Podpis Przewodniczącego Rady

Przyznano Certyfikat Obiektu Przyjaznego Osobom Niepełnosprawnym nr.....

Dla .....

.....

.....  
Data

.....  
Podpis