Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ** | | ul. Wspólna 2/4, 00-926  Warszawa | | Nazwa i adres podmiotu publicznego  **Gminny Ośrodek Zdrowia** | **Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego** | Portal sprawozdawczy GUS **portal.stat.gov.pl**  Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin | | Numer identyfikacyjny REGON **19168796800029** | **Stan w dniu 01.01.2021 r.** | Termin przekazania: **do 31.03.2021 r.** |   Obowiązek przekazania danych wynika z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. 2019 poz. 1696, z późn. zm.).    Dane kontaktowe   |  |  | | --- | --- | | E-mail sekretariatu podmiotu | [zoz\_chmielno@wp.pl](mailto:zoz_chmielno@wp.pl) | | E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz | [zoz\_chmielno@wp.pl](mailto:zoz_chmielno@wp.pl) | | Telefon kontaktowy | 586842213 | | Data | 2021-02-02 | | Miejscowość | Chmielno |     **Lokalizacja siedziby podmiotu**  Województwo WOJ. POMORSKIE  Powiat Powiat kartuski  Gmina Chmielno (gmina wiejska)  **Podmiot zobowiązany do złożenia raportu o stanie dostępności na podstawie art. 11 ust. 4. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UzD) do:**  [ ] 1) ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego  [ X ] 2) wojewody  [ ] 3) nie dotyczy  W przypadku wskazania odpowiedzi „nie dotyczy” prosimy o podanie wyjaśnień:  Dział 1. Dostępność architektoniczna   |  |  | | --- | --- | | **Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów:** | 2 | | **1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne ?** | [ X ] TAK  [ ] NIE  [ ] W części budynków tak, w części nie | | W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” - prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne: |  | | **2. Czy podmiot zastosował w tym budynku (tych budynkach) rozwiązania architektoniczne, środki techniczne lub posiada zainstalowane urządzenia, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem** | [ X ] TAK  [ ] NIE | | **pomieszczeń technicznych?** | [ ] W części budynków tak, w części nie | | W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” - prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych: |  | | **3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?** | [ ]TAK  [ X ] NIE  [ ] W części budynków tak, w części nie | | W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” - prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy: |  | | **4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?** | [ ]TAK  [ X ] NIE  [ ] W części budynków tak, w części nie | | W przypadku wskazania odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” - prosimy o podanie liczby budynków, do których podmiot zapewnia wstęp osobie korzystającej z psa asystującego: |  | | **5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?** | [ ]TAK  [ X ] NIE  [ ] W części budynków tak, w części nie | | W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” - prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób: |  | | Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej  *Proszę zamieścić tu słowny opis dostępności architektonicznej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej - opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej - na swojej stronie internetowej* | pomieszczenia dla pacjentów znajdują się na parterze budynku, podjazdy dla osób niepełnosprawnych |     **Dział 2. Dostępność cyfrowa**  Dane w tym dziale odnoszą się do zgodności z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U. 2019 poz. 848), zwaną UdC, w związku z art. 2 oraz art. 6 pkt 2 ustawy UzD.   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **1. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot posiada deklarację dostępności** | | | Liczba stron: | | | 0 | | | Liczba aplikacji: | | | 0 | | | **Strony internetowe i aplikacje mobilne, dla których podmiot posiada deklarację dostępności** | | | | | | | | | **Lp.** | **ID a11y-url** | | **ID a11y-status** | | | | **ID a11y-data-sporzadzenie** | | **udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot** | | | Liczba stron: | | | 0 | | | **Liczba prowadzonych stron internetowych** | | | Liczba stron: | | | 0 | | |  |  | |  | | |  |  | | Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności: | | | | | | | | | **Lp.** | | **Adres strony internetowej** | | | **Zgodność z UdC** | | | | Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności: | | | | | | | | | **Lp.** | | **Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania** | | | **Zgodność z UdC** | | | | Komentarze i uwagi dotyczące dostępności cyfrowej *(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności cyfrowej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej - opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej - na swojej stronie internetowej)* | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |   Liczba aplikacji:  0    Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna   |  |  | | --- | --- | | **1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?**  *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-h)* | | | a. Kontakt telefoniczny | [ X ] TAK  [ ] NIE | | b. Kontakt korespondencyjny | [ X ] TAK  [ ] NIE | | c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | [ ] TAK  [ X ] NIE | | d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych | [ ] TAK  [ X ] NIE | | e. Przesyłanie faksów | [ X ] TAK  [ ] NIE | | f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online) | [ ] TAK  [ X ] NIE | | g. Pomoc tłumacza języka migowego - kontakt osobisty | [ ] TAK  [ X ] NIE | | W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” - prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: | [ ] od razu  [ ] w ciągu 1 dnia roboczego  [ ] w ciągu 2-3 dni roboczych  [ ] powyżej 3 dni roboczych | | h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty) | [ ] TAK  [ X ] NIE | | **2. Czy podmiot posiada urządzenia lub środki techniczne do obsługi osób słabosłyszących, takich jak np. pętle indukcyjne, systemy FM, systemy na podczerwień (IR), systemy Bluetooth?** | [ ]TAK  [ X ] NIE | | W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” - prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących: |  | | **Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:**  *(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)* | 0 | | **3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:**  *(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-c)* | | | **a. tekstu odczytywalnego maszynowo?** | [ ] TAK  [ ] NIE  [ ] Na części stron tak, na części nie | | W przypadku odpowiedzi „Na części stron tak, na części nie” - prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informację o zakresie swojej działalności w postaci tekstu odczytywalnego maszynowo: |  | | **b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?** | [ ] TAK  [ ] NIE  [ ] Na części stron tak, na części nie | | W przypadku odpowiedzi „Na części stron tak, na części nie” - prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informacje o zakresie swojej działalności w postaci nagrania treści w polskim języku migowym: |  | | **c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?** | [ ] TAK  [ ] NIE  [ ] Na części stron tak, na części nie | | W przypadku odpowiedzi „Na części stron tak, na części nie” - prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informacje o zakresie swojej działalności w postaci informacji w tekście łatwym do czytania: |  | | **4. Czy podmiot zapewniał w okresie sprawozdawczym - tj. od 20.09.2019 r. do 01.01.2021 r. - na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami możliwość komunikacji w formie określonej w tym wniosku?**  *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | [ ] TAK  [ X ] NIE |   W przypadku odpowiedzi „TAK” - prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:   |  |  | | --- | --- | | **Liczba wniosków - ogółem:** |  | | Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form:  *(wpisać słownie np. alfabet Lorma -1 raz, druk w alfabecie Braille’a - 3 razy)* |  |   Dział 4. Informacja o dostępie alternatywnym    Uwaga: poniższe pytania odnoszą się do okresu sprawozdawczego - tj. od 20.09.2019 r. do 01.01.2021 r.   |  |  | | --- | --- | | **1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w** | [ ]TAK | | **postaci wsparcia innej osoby?** | [ X ] NIE | | *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | ***W przypadku odpowiedzi „TAK” - prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:*** | | | Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby: |  | | Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  | | **2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?**  *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | [ ]TAK  [ X ] NIE |     W przypadku odpowiedzi „TAK” - prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:   |  |  | | --- | --- | | Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego: |  | | Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  | | **3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?**  *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | [ ]TAK  [ X ] NIE | | ***W przypadku odpowiedzi „TAK” - prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:*** | | | Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu: |  | | Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  | | **4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?**  *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | [ ]TAK  [ X ] NIE |     W przypadku odpowiedzi „TAK” - prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:   |  |  | | --- | --- | | Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: |  | | Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: |  | | Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  | |