Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ** | ul. Wspólna 2/4, 00-926Warszawa |
| 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 |
| E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz | zoz\_chmielno@wp.pl |
| Telefon kontaktowy | 586842213 |
| Data | 2021-02-02 |
| Miejscowość | Chmielno |

 **Lokalizacja siedziby podmiotu**Województwo WOJ. POMORSKIEPowiat Powiat kartuskiGmina 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 dotyczyW 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 |  |

  |