

| | | |
|---|---|---|
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ | | ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego | 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 <i>(wpisać jeśli podmiot posiada)</i> 9105065480000 | Stan w dniu 31.08.2023r. | |

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.).

p | p | 3 | 5 | @ | e | d | u | k | a | c | j | a | . | w | l | o | c | l | a | w | e | k | . | e | u | | | | | | | | | | | | | | | |

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

| | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Województwo: KUJAWSKO-POMORSKIE | Powiat M. Włocławek | Gmina M.Włocławek (gmina miejska) |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------|

Podmiot zobowiązany do złożenia raportu o stanie dostępności na podstawie art. 11 ust. 4. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UzD) do:

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| 1) ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego <input checked="" type="checkbox"/> | 2) wojewody <input type="checkbox"/> | 3) nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------------------|---|

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:
(wpisać)

1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

| | | |
|------------------------------|---|--|
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/> <small>(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)</small> |
|------------------------------|---|--|

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:
(wpisać)

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 pomieszczeń technicznych? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

| | | |
|------------------------------|---|--|
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/> <small>(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)</small> |
|------------------------------|---|--|

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:
(wpisać)

3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

| | | |
|---|------------------------------|--|
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/> <small>(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)</small> |
|---|------------------------------|--|

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: 1
(wpisać)

4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

| | | |
|---|------------------------------|--|
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/> |
|---|------------------------------|--|

(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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:

.....1
(wpisać)

5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)TAK NIE W części budynków tak, w części nie (dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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:

.....1.....
(wpisać)

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)**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: <small>1</small> <small>(wpisać)</small> | |
| | | Liczba aplikacji: <small>0</small> <small>(wpisać)</small> | |
| Prosimy o podanie zawartości następujących elementów deklaracji dostępności, dla każdej strony internetowej oraz aplikacji mobilnej oddzielnie, zgodnie ze wzorem: <small>(wpisać – każdą stronę/aplikację w osobnym wierszu)</small> | | | |
| ID a11y-url | ID a11y-status | | ID a11y-data-sporządzenie |
| https://przedszkole35.szkolnastrona.pl | Zgodna <input checked="" type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> 31.08.2023r. |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| 2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności | | Liczba stron: <small>0</small> <small>(wpisać)</small> | |
| | | Liczba aplikacji: <small>0</small> <small>(wpisać)</small> | |
| Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności: | | | |
| Adres strony internetowej <small>(wpisać)</small> | Zgodność z UdC <small>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony)</small> | | |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności: | | | |
| Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania <small>(wpisać)</small> | Zgodność z UdC <small>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji)</small> | | |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
| Komentarze i uwagi dotyczące dostępności cyfrowej: | | | |

(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności cyfrowej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowił 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)

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 | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| b. Kontakt korespondencyjny | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Przesyłanie faksów | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | | |
| 1) od razu <input type="checkbox"/> 2) w ciągu 1 dnia roboczego <input type="checkbox"/> 3) w ciągu 2-3 dni roboczych <input type="checkbox"/> 4) powyżej 3 dni roboczych <input type="checkbox"/> | | |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |

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?

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK

NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących:

.....
(wpisać)

Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:

(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)

1

.....
(wpisać)

3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:

a. tekstu odczytywalnego maszynowo?

TAK

NIE

Na części stron tak, na części nie
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)

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:

.....
(wpisać)

b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?

TAK

NIE

Na części stron tak, na części nie
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)

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 nagrania treści w polskim języku migowym:

.....
(wpisać)

c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?

TAK

NIE

Na części stron tak, na części nie
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)

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 informacji w tekście łatwym do czytania:

.....
(wpisać)

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

NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba wniosków – ogółem:

*1
(wpisać)*

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 postaci wsparcia innej osoby?

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK

NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby:

“(wpisać)”

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK

NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego:

“(wpisać)”

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK

NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu:

“(wpisać)”

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?
 (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK

NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej:

0
(wpisać)

Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: (proszę opisać słownie)

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

.....

.....

.....

.....

.....

p | p | 3 | 5 | @ | e | d | u | k | a | c | j | a | . | w | ł | o | c | ł | a | w | e | k | . | e | u | | | | | | | | | |

(e-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz – WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI)

54 413 46 60
 (telefon kontaktowy)

Włocławek, dnia 31.08.2023r.
 (miejsowość, data)

