

| | | |
|---|---|---|
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ | | ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego PUBLICZNE PRZEDSZKOLE „Przystań Elfów” Sp. z o.o. 05-091 Zabki, ul. ks. Kuleszy 24 NIP: 125-16-38-723 REGON: 363677939 | Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego | Portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl/ Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny REGON (wpisać, jeśli podmiot posiada) 363677939 | Stan w dniu 01.01.2025 r. | Termin przekazania: do 31.03.2025 r. |

Obowiązek przekazania danych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. 2023 r. poz. 773) oraz z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz. 2240, z późn. zm.).

B I U R O @ P R Z E D S Z K O L E - P R Z Y S T A N E L F O W . P L

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| Województwo .. MAZOWIECKIE | Powiat .. NAJOMIŃSKI | Gmina .. ZABKI |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|

Dział 1. Dostępność architektoniczna

| | |
|--|--|
| Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów | 1 (wpisać) |
| 1. Wolne od barier przestrzenie komunikacyjne w budynkach | |
| a. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier wszystkie przestrzenie komunikacyjne | 0 (wpisać) |
| b. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia wolne od barier przestrzenie komunikacyjne | 1 (wpisać) |
| c. Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych | 0 (wpisać) |
| 2. Dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (z wyłączeniem pomieszczeń technicznych) | |
| a. Liczba budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń | 1 (wpisać) |
| b. Liczba budynków, w których podmiot nie umożliwia dostępu do wszystkich pomieszczeń | 0 (wpisać) |
| c. Rodzaje rozwiązań, które podmiot zastosował, aby umożliwić dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (można zaznaczyć kilka odpowiedzi) | |
| Rozwiązania architektoniczne <input checked="" type="checkbox"/> | Środki techniczne <input type="checkbox"/> |
| Zainstalowane urządzenia <input type="checkbox"/> | |
| 3. Informacja na temat rozkładu pomieszczeń w budynkach | |
| a. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy | 1 (wpisać) |
| b. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i głosowy | 0 (wpisać) |
| c. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny, dotykowy i głosowy | 0 (wpisać) |
| 4. Dostęp do budynków dla osób korzystających z psa asystującego | |
| a. Liczba budynków, do których podmiot zapewnia wstęp osobie korzystającej z psa asystującego | 1 (wpisać) |
| b. Liczba budynków, do których podmiot nie zapewnia wstępu osobie korzystającej z psa asystującego | 0 (wpisać) |

Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

| | | |
|--|---|---|
| 1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się? <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-h)</i> | | |
| a. Zastosowanie formularza kontaktowego | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| b. Kontakt za pomocą poczty elektronicznej | 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 checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| e. Przesyłanie faksów | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" 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: <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i> 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 checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy podmiot posiada urządzenia lub środki techniczne do obsługi osób słabosłyszących? <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących)</i> | | |
| a. Pętle indukcyjne | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Systemy FM | TAK <input checked="" type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input type="checkbox"/> |
| c. Systemy na podczerwień (IR) | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Systemy Bluetooth | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Inne <i>(prosimy o opis słowny posiadanych urządzeń lub środków technicznych)</i> | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Czy podmiot zapewnia na swojej głównej stronie internetowej informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci: <i>(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-c)</i> | | |
| a. tekstu odczytywalnego maszynowo? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)? TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał od osób ze szczególnymi potrzebami wnioski o zapewnienie szczególnej formy komunikacji? <i>(na podstawie art. 6 pkt 3 lit.d UzD, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i> | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| <i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji</i> | | |
| Liczba wniosków – ogółem | | <i>(wpisać)</i> |

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)

Komentarze i uwagi dotyczące dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności informacyjno-komunikacyjnej, 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 4. Informacja o dostępie alternatywnym

Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot zapewniał dostęp alternatywny? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK NIE

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

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego ogółem

.....
(wpisać)

| | | |
|------------------|---|-------------------|
| z tego w postaci | wsparcia innej osoby | (wpisać) |
| | wsparcia technicznego | (wpisać) |
| | zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu | (wpisać) |

Brak jakiego rodzaju dostępności był powodem konieczności zastosowania dostępu alternatywnego?
(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

Architektoniczna Cyfrowa Informacyjno-komunikacyjna

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

Dział 5. Informacje o otrzymanych wnioskach/żądaniach zapewnienia dostępności oraz postępowanie skargowe

1. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 20.09.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej i/lub informacyjno-komunikacyjnej?
(na podstawie art. 30 UoZD, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK NIE

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

Liczba otrzymanych wniosków o zapewnienie dostępności ogółem

.....
(wpisać)

| | | | |
|--------|--------------------------|---|-------------------|
| z tego | dotyczących | wyłącznie dostępności architektonicznej | (wpisać) |
| | | wyłącznie dostępności informacyjno-komunikacyjnej | (wpisać) |
| | | łącznie dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej (wnioski o charakterze mieszanym dotyczące łącznie ww. rodzajów dostępności) | (wpisać) |
| | rozpatrzonych w terminie | do 14 dni | (wpisać) |
| | | dłuższym niż 14 dni | (wpisać) |

Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności, do której odnoszą się złożone skargi

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)

Bariery prawne

Bariery techniczne

Bariery finansowe

Braki kadrowe

Brak czasu

Inne

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

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

B I U R O @ P R Z E D S Z K O L E - P R Z Y S T A Ń E L F O W . P L

602-484-406

(telefon kontaktowy)

Kęty 31.03.2025r

(miejsowość, data)