|  |
| --- |
| 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 Statystycznyul. St. Leszczyńskiego 4820-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny REGON *(wpisać jeśli podmiot posiada)* 91050652500000 |  | **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 | r | z | e | d | s | z | k | o | l | e | 3 | 2 | . | w | l | o | c | l | a | w | e | k | @ | w | p | . | p | l |  |  |  |  |  |  |

*(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 | 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**: | *……..…… (wpisać)* |
| **1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne?** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* |
|  TAK  | ☐ | NIE  | x | 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 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  | ☐ | NIE | x | 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 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  | x | 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 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  | x | NIE | ☐ | W części budynków tak, w części nie*(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  | x | 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**: | *1 (wpisać)* |
| **Liczba aplikacji**: | *0 (wpisać)* |
| Prosimy o podanie zawartości następujących elementów deklaracji dostępności, dla każdej strony internetowej oraz aplikacji mobilnej oddzielnie, zgodnie ze wzorem: *(wpisać – każdą stronę/aplikację w osobnym wierszu)* |
| **ID a11y-url** | **ID a11y-status** | **ID a11y-data-sporzadzenie** |
| **http://pp32wloclawek.pl/** | Zgodna x Częściowo zgodna ☐ Niezgodna **☐** | **31.08.2023r.** |
|  | Zgodna ☐ Częściowo zgodna ☐ Niezgodna **☐** |  |
|  | Zgodna ☐ Częściowo zgodna ☐ Niezgodna **☐** |  |
|  | Zgodna ☐ Częściowo zgodna ☐ Niezgodna **☐** |  |
| **2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności** | **Liczba stron**: | *0 (wpisać)* |
| **Liczba aplikacji**: | *0 (wpisać)* |
| Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności: |
| **Adres strony internetowej** *(wpisać)* | **Zgodność z UdC** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony)* |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
| Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności: |
| **Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania** *(wpisać)* | **Zgodność z UdC** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji)* |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
| 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)*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**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)* |
| 1. Kontakt telefoniczny
 | TAK | x | NIE | ☐ |
| 1. Kontakt korespondencyjny
 | TAK | x | NIE | ☐ |
| 1. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych
 | TAK | x | NIE | ☐ |
| 1. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych
 | TAK | ☐ | NIE | x |
| 1. Przesyłanie faksów
 | TAK | ☐ | NIE | **X** |
| 1. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)
 | TAK | ☐ | NIE | x |
| 1. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty
 | TAK | ☐ | NIE | x |
| 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 ☐ | 2) w ciągu 1 dnia roboczego ☐ | 3) w ciągu 2-3 dni roboczych ☐ | 4) powyżej 3 dni roboczych ☐ |
| 1. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)
 | TAK | ☐ | NIE | x |
| **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 | x |
| 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:** *(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c)* |
| **a. tekstu odczytywalnego maszynowo?** |
| TAK  | x | 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 | x | 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 informacje o zakresie swojej działalności w postaci nagrania treści w polskim języku migowym: | *………… (wpisać)* |
| **c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?** |
| TAK  | x | 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 informacje 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 | x |
| ***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 | x |
| ***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 | x |
| ***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 | x |
| ***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 | x |
| ***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 | r | z | e | d | s | z | k | o | l | e | 3 | 2 | . | w | l | o | c | l | a | w | e | k | @ | w | p | . | p | l |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  54 234 17 59 |   |  Włocławek, dnia 31.08.2023r. |
| (telefon kontaktowy) |  | (miejscowość, data) |