MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ		ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
Nazwa i adres podmiotu publicznego SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMKU UL. STAICHA 1, 32-660 CHEŁMEK	**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 *(wpisać jeśli podmiot posiada)* 357007652	**Stan w dniu 26.03.2024 r.**	Termin przekazania: AKTUALIZACJA

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.).

S G Z O Z @ C H E L M E K . P L

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo MAŁOPOLSKIE	Powiat OŚWIĘCIMSKI	Gmina CHEŁMEK

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 ☐ 2) wojewody X 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: 1

1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne? *(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 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 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 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 ☐ 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 informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy: ...(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: ……(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: ……(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)

- do budynku prowadzą dwa wejścia:
  - Wejście główne – jest przystosowane dla osób na wózkach inwalidzkich (podjazd/pochylnia dla wózków)
  - Wejście od strony poradni dziecka (od ul. Kochanowskiego) – jest przystosowane dla osób na wózkach inwalidzkich (podjazd/pochylnia dla wózków)
- budynek częściowo przystosowany dla osób słabowidzących i niewidomych, częściowe oznakowanie w alfabecie Braille'a, brak ścieżek dotykowych,
- przystosowany dla osób niesłyszących i głuchych – pętle indukcyjne, polski tłumacz języka migowego online,
- budynek jest przystosowany dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – posiada windę. Na parterze i na pierwszym piętrze znajdują się toalety dla niepełnosprawnych,
- budynek jest przygotowany dla matek z małymi dziećmi – w poradni dziecka oraz w gabinetach lekarza POZ znajdują się przewijaki dla dzieci
- wyznaczone rozpoczęcie i zakończenie biegów schodowych,
- siedziba Dyrekcji Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmku mieści się na pierwszym piętrze Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmku, ul. Staicha 1. Osoby zainteresowane spotkaniem z pracownikami administracji mogą skorzystać z windy lub umówić spotkanie telefonicznie pod numerem 33 846 15 90.
- przed i za budynkiem występuje miejsce parkingowe dla niepełnosprawnych,
- do budynku można wchodzić z psem przewodnikiem lub psem asystującym,
- osobom ze specjalnymi potrzebami służą pomocą pracownicy,
- krzesła w poczekalni są dostosowane dla potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami

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**
https://sgzoz.pl/	Zgodna X	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐	30.11.2022 r.
----------	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)

Strona internetowa przychodni jest dostosowana do obowiązujących standardów w zakresie dostępności (WCAG 2.1). Na stronie internetowej jest opublikowana deklaracja dostępności. Dodatkowo na stronie zostały zamieszczone, w celu usprawnienia kontaktu, formularze wniosku o zapewnienie dostępności oraz wniosku o zapewnienie dostępności cyfrowej. Pacjent z pozycji strony www.sgzoz.pl ma możliwość skorzystania z tłumacza języka migowego online. Na stronie internetowej są zawarte informacje o zakresie działalności placówki

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 X	NIE ☐
b. Kontakt korespondencyjny	TAK X	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 ☐	NIE X
e. Przesyłanie faksów	TAK ☐	NIE X
f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)	TAK X	NIE ☐
g. 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 ☐

h. 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 X NIE ☐

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi *„TAK"* – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących: ...2..... *(wpisać)*

Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych: ...1..... *(wpisać)*
(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)

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 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 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 ☐ 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 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: .....0..... *(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 X NIE ☐

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

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby: ...0..... *(wpisać)*

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)*
Wymogi placówki medycznej wymagają bezpośredniego kontaktu z pacjentem

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:	...0... (wpisać)
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)* **Nie dotyczy**	
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:	...0... (wpisać)
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)* **Zmienność przepisów i konieczność dostosowywania placówki medycznej do wymogów MZ i NFZ**	
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:	...0... (wpisać)
Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: *(proszę opisać słownie)* **Zapewnienie kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego, za pomocą środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS, MMS)**	
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)* **Zwiększenie możliwości dostępu do informacji i świadczeń zdrowotnych**	

B I U R O @ S G Z O Z . P L

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

576727747
(telefon kontaktowy)

CHEŁMEK, 26.03.2024 R.
(miejscowość, data)

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku
DYREKTOR
mgr Katarzyna Siata