

**MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ**

ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa

**Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego**

**Nazwa i adres podmiotu publicznego**

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU, 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16

**Numer identyfikacyjny REGON**

00030451000000

**Stan w dniu 01.01.2021 r.**

**Termin przekazania: do 31.03.2021 r.**

**Dane kontaktowe**

**E-mail sekretariatu podmiotu**

sekretariat@spzoz-przeworsk.pl

**E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz**

techniczny@spzoz-przeworsk.pl

**Telefon kontaktowy**

166491566

**Data**

2021-03-29

**Miejscowość**

Przeworsk

**Lokalizacja siedziby podmiotu**

**Województwo**

WOJ. PODKARPACKIE

**Powiat**

Powiat przeworski

**Gmina**

Przeworsk (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:**

2) wojewody

**Dział 1. Dostępność architektoniczna**

**Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów:**

5

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

TAK

**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?**

TAK

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

TAK

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

TAK

**5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?**

TAK

#### **Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej**

Budynki wyposażone w windę i pochylnię dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się lub dostęp możliwy z poziomu terenu. Budynek A, Budynek B, Budynek C, Budynek D, Budynek P

#### **Dział 2. Dostępność cyfrowa**

**1. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot posiada deklarację dostępności**

Liczba stron: 2

Liczba aplikacji: 0

#### **Strony internetowe i aplikacje mobilne, dla których podmiot posiada deklarację dostępności**

ID a11y-url <http://spzoz-przeworsk.pl/>

ID a11y-status  Zgodna

ID a11y-data-sporzadzenie 2021-03-29

ID a11y-url <http://bip.spzoz-przeworsk.pl/>

ID a11y-status  Zgodna

ID a11y-data-sporzadzenie 2021-03-29

**2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności**

Liczba stron: 0

Liczba aplikacji: 0

Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:

Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:

### Komentarze i uwagi dotyczące dostępności cyfrowej

Strona posiada następujące ułatwienia dla osób z niepełnosprawnościami:

zmiana kontrastu,  
możliwość powiększenia wielkości liter na stronie,  
zmiana czcionki.

### Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?

- |  |   |
|--|---|
| a. Kontakt telefoniczny  | <input checked="" type="checkbox"/> TAK |
| b. Kontakt korespondencyjny  | <input checked="" type="checkbox"/> TAK |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych                                 | <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| e. Przesyłanie faksów  | <input checked="" type="checkbox"/> TAK |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)          | <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty   | <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)  | <input checked="" type="checkbox"/> 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?

NIE

Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:

2

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?**

NIE

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

NIE

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

NIE

**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?**

NIE

#### **Dział 4. Informacja o dostępie alternatywnym**

**1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia innej osoby?**

NIE

**2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?**

NIE

**3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?**

NIE

**4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?**

NIE