

| | | |
|---|---|---|
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ | | ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego OŚRODEK DIAGNOSTYCZNO-BADAWCZY CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ ul. STOŁECZNA 2B, 15-879 BIAŁYSTOK | | Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny REGON 0502067600000 | Raport o stanie zapewnienia dostępności podmiotu publicznego | Stan w dniu 01.01.2021 r. Termin przekazania: do 31.03.2021 r. |

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.).

Dane kontaktowe

| | |
|--|-------------------------------|
| E-mail sekretariatu podmiotu | sekretariat@std.bialystok.pl |
| E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz | m.sokolowska@std.bialystok.pl |
| Telefon kontaktowy | 857445271 |
| Data | 2021-02-18 |
| Miejscowość | Białystok |

Lokalizacja siedziby podmiotu

| | |
|-------------|------------------------------|
| Województwo | WOJ. PODLASKIE |
| Powiat | Powiat m. Białystok |
| Gmina | M. Białystok (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:

- 1) ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego
 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: | 1 |
| 1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne ? | <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie |
| 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: | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

| | |
|---|--|
| pomieszczeń technicznych? | [] W części budynków tak, w części nie |
| 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: | |
| 3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy? | [] TAK [X] NIE [] W części budynków tak, w części nie |
| 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: | |
| 4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego? | [X] TAK [] NIE [] W części budynków tak, w części nie |
| 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: | |
| 5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób? | [X] TAK [] NIE [] W części budynków tak, w części nie |
| 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: | |
| <p>Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej</p> <p><i>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</i></p> | <p>Zapewniony jest dostęp do budynku dla osób niepełnosprawnych poprzez zbudowany podjazd. Na schodach obok podjazdu zamontowane są listwy antypoślizgowe. Dostęp ten jest zapewniony jednak tylko dla osób korzystających z parteru, na którym urządzona jest też toaleta dla osób na wózkach. Budynek posiada jedno piętro, na które prowadzą schody. Jednostki z siedzibą na piętrze posiadają schodołaz do korzystania dla pacjentów wszystkich jednostek. Ciągi komunikacyjne poziome (korytarze) i ciągi komunikacyjne pionowe (schody), wejścia do pomieszczeń i ich wnętrza nie posiadają przeszkód dla poruszania się osób z ograniczeniami. Zapewnione są osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji poprzez</p> |

| | |
|--|---|
| | umieszczenie informacji o kierunkach i drogach ewakuacji w formie wizualnej wykonanej z folii świecącej. Opracowane są procedury ewakuacyjne i przeszkoleni pracownicy. Procedury ewakuacji i instrukcja bezpieczeństwa pożarowego umieszczone są w oszklonej gablocie w miejscu ogólnodostępnym. |
|--|---|

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: | 0 |
| | Liczba aplikacji: | 0 |

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

| Lp. | ID a11y-url | ID a11y-status | ID a11y-data-sporzadzenie |
|-----|-------------|----------------|---------------------------|
|-----|-------------|----------------|---------------------------|

| | | |
|--|-------------------|---|
| 2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności | Liczba stron: | 1 |
| | Liczba aplikacji: | 0 |

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

| Lp. | Adres strony internetowej | Zgodność z UdC |
|-----|---------------------------|---|
| 001 | www.std.bialystok.pl | <input type="checkbox"/> Zgodna <input checked="" type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna |

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

| Lp. | Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania | Zgodność z UdC |
|-----|--|----------------|
|-----|--|----------------|

| | |
|---|-----------|
| 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) | brak uwag |
|---|-----------|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|-------------------------|---|

| | |
|---|---|
| b. Kontakt korespondencyjny | <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| e. Przesyłanie faksów | <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online) | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: | <input type="checkbox"/> od razu <input type="checkbox"/> w ciągu 1 dnia roboczego <input type="checkbox"/> w ciągu 2-3 dni roboczych <input type="checkbox"/> powyżej 3 dni roboczych |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty) | <input type="checkbox"/> TAK <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? | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących: | |
| Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych: <i>(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)</i> | 1 |
| 3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) 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? | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie |
| 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: | |
| b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo? | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie |
| 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: | |

| | |
|---|--|
| c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)? | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie |
| 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: | |
| 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) | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji: | |
| Liczba wniosków – ogółem: | |
| 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) | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji: | |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby: | |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego | |
| 2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji: | |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego: | |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego | |
| 3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji: | |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu: | |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego | |
| 4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji: | |

| | |
|---|--|
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: | |
| Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: | |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego | |