|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa | | | | |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego  Starostwo Powiatowe w Wyszkowie  Aleja Róż 2, 07-200 Wyszków | **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)*  550668462 |  | **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.)**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S | T | A | R | O | S | T | W | O | @ | P | O | W | I | A | T | - | W | Y | S | Z | K | O | W | S | K | I | . | P | L |  |  |  |  |  |

*(e‑mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)*

**Lokalizacja siedziby podmiotu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo mazowieckie | Powiat wyszkowski | Gmina Wyszków |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**: | | | | | | | | ***……3..……*** *(wpisać)* | |
| **1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne?** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | | | | | | |
| TAK | ☐ | NIE | ☐ | W części budynków tak, w części nie  *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)* | | | | | x |
| 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: | | | | | | | ***……..1****……  (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 | ☐ | W części budynków tak, w części nie  *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)* | | | | | **x** |
| 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: | | | | | | *……****1****..……  (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)*  W 2021 r. planowane jest dostosowania ciągu komunikacyjnego do wymogów dostępności poprzez wykonanie pochylni i likwidacje dwóch stopni | | | | | | |

**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**: | | *………****2…*** *(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:powiat-wyszkowski.pl/ | Zgodna ☐ Częściowo zgodna x Niezgodna **☐** | | 2020.09.21 | |
| https:bip.powiat-wyszkowski.pl/ | Zgodna ☐ Częściowo zgodna x Niezgodna **☐** | | 2020.09.18 | |
|  | 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)* |
| 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)*  Starostwo Powiatowe w Wyszkowie zobowiązuje się zapewnić dostępność swojej strony internetowej zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. Oświadczenie w sprawie dostępności ma zastosowanie do strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Wyszkowskiego. Data publikacji strony internetowej: 2001-06-01. Data ostatniej istotnej aktualizacji: 2020-09-08. Strona internetowa jest częściowo zgodna z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych z powodu niezgodności lub włączeń wymienionych poniżej: część plików nie jest dostępnych cyfrowo, brak odpowiedniej struktury nagłówkowej artykułów, skany, obrazy, grafiki, nagrania dźwiękowe, filmy nie posiadają tekstu alternatywnego Wyłączenia: mapy są wyłączone z obowiązku zapewniania dostępności, filmy zostały opublikowane przed wejściem w życie ustawy o dostępności cyfrowej. | | | | |

**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 | x | | | NIE | ☐ |
| 1. Przesyłanie faksów | | | | | | | | | | TAK | x | | | NIE | ☐ |
| 1. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online) | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | | NIE | x |
| 1. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty | | | | | | | | | | TAK | **x** | | | NIE | ☐ |
| 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**x** | | | | 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)* | | | | | | | | | | | | | | *…****2****………  (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 | | ☐ | 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 | ☐ | NIE | x | |
| ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:*** | | | | |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby: | | | | *…………  (wpisać)* |
|  | | | | |
| **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 | |
| **3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | |
| TAK | ☐ | NIE | x | |
| **4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* | | | | |
| TAK | ☐ | NIE | x | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S | E | K | R | E | T | A | R | Z | @ | P | O | W | I | A | T | - | W | Y | S | Z | K | O | W | S | K | I | . | P | L |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 297435930 |  | Wyszków, 30.03.2021 r. |
| (telefon kontaktowy) |  | (miejscowość, data) |