

|   |   |  |
|---|---|--|
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ  |   | ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa                                 |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego  |   | Portal sprawozdawczy GUS<br>portal.stat.gov.pl                   |
| Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krośnie<br>ul. Kisielewskiego 12<br>38-400 Krosno | <b>Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego</b> |  |
| Numer identyfikacyjny REGON<br>370409350  | Stan w dniu 01.01.2021 r.   | Urząd Statystyczny<br>ul. St. Leszczyńskiego 48<br>20-068 Lublin |
|   |   | Termin przekazania:<br>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.).

P | S | S | E | . | K | R | O | S | N | O | @ | P | I | S | . | G | O | V | . | P | L |

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

### Lokalizacja siedziby podmiotu

|                          |               |              |
|--------------------------|---------------|--------------|
| Województwo podkarpackie | Powiat Krosno | Gmina Krosno |
|--------------------------|---------------|--------------|

### 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       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 .....<br>(wpisać)   |   |   |
| <b>1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne?</b> (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)   |   |   |
| TAK <input type="checkbox"/>   | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/><br>(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) .....  |   |   |
| <b>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?</b> (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) |   |   |
| TAK <input type="checkbox"/>   | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/><br>(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) .....   |   |   |
| <b>3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?</b> (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)   |   |   |
| TAK <input type="checkbox"/>   | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/><br>(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) .....                                    |   |   |
| <b>4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?</b> (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)  |   |   |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>            | W części budynków tak, w części nie <input type="checkbox"/><br>(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 NIE W części budynków tak, w części nie   
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługuje 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)

**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.

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot posiada deklarację dostępności</b> | <b>Liczba stron:</b> ..... <sup>1</sup> (wpisać) .....     |
|  | <b>Liczba aplikacji:</b> ..... <sup>0</sup> (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-sporządzenie |
|--------------------|---|---------------------------|
| gov.pl/psse-krosno | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> <b>X</b> Niezgodna <input type="checkbox"/> | <b>8.12.2020</b>          |
|                    | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/>          |                           |
|                    | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/>          |                           |
|                    | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/>          |                           |

|  |  |
|--|--|
| <b>2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności</b> | <b>Liczba stron:</b> ..... <sup>1</sup> (wpisać) .....     |
|  | <b>Liczba aplikacji:</b> ..... <sup>0</sup> (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 <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b> Niezgodna <input type="checkbox"/> |
|                                    | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/>                     |
|                                    | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/>                     |

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 <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/> |
|   | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/> |
|   | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/> |

**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)

W dniu sporządzania raportu strona

.....

.....

### Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?</b><br><i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-h)</i>   |   |   |
| a. Kontakt telefoniczny   | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>  |
| b. Kontakt korespondencyjny   | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>  |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych  | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>  |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych  | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/>   |
| e. Przesyłanie faksów   | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>  |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)   | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/>   |
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty  | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>  |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i><br>1) od razu <input type="checkbox"/> 2) w ciągu 1 dnia roboczego <input type="checkbox"/> 3) w ciągu 2-3 dni roboczych <input type="checkbox"/> 4) powyżej 3 dni roboczych <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)   | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/>   |
| <b>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?</b> <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i>  |   |   |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>  |   |   |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących: .....  |   |   |
| Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych: ..... <b>2</b> .....<br><i>(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)</i> <i>(wpisać)</i>   |   |   |
| <b>3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:</b> <i>(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-c)</i>  |   |   |
| a. tekstu odczytywalnego maszynowo?   | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie <input type="checkbox"/><br><i>(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)</i> |
| 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?  | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie <input type="checkbox"/><br><i>(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)</i> |
| 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 nagrania treści w polskim języku migowym: .....   |   |   |
| c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?   | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie <input type="checkbox"/><br><i>(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)</i> |
| 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 informacji w tekście łatwym do czytania: .....  |   |   |
| <b>4. Czy podmiot zapewniał w okresie sprawozdawczym – tj. od 20.09.2019 r. do 01.01.2021r. – na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami możliwość komunikacji w formie określonej w tym wniosku?</b> <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i>  |   |   |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>  |   |   |
| 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)

TAK

NIE

*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

*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

*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

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



