

MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ		ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
Nazwa i adres podmiotu publicznego Nadleśnictwo Browsk w Gruszkach Gruszki 10, 17-220 Narewka	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) 050026271	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.).

B R O W S K | @ | B I A L Y S T O K . L A S Y . G O V . P L

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo PODLASKIE	Powiat HAJNOWSKI	Gmina NAREWKA
-----------------------	------------------	---------------

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 <input checked="" type="checkbox"/>	2) wojewody <input type="checkbox"/>	3) nie dotyczy <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	---

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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W części budynków tak, w części nie <input checked="" type="checkbox"/> (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:	
3 (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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W części budynków tak, w części nie <input checked="" type="checkbox"/> (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:	
3 (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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W części budynków tak, w części nie <input checked="" type="checkbox"/> (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:	
3 (wpisać)	
4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W części budynków tak, w części nie <input checked="" type="checkbox"/> (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:	
3 (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 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)

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: <i>2</i> (wpisać)
	Liczba aplikacji: <i>0</i> (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
https://browsk.bialystok.lasy.gov.pl	Zgodna <input type="checkbox"/>	Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/>	Niezgodna <input type="checkbox"/>	20.07.2020
https://bip.lasy.gov.pl/pl/bip/dg/rdlp_bialystok/nadl_browsk	Zgodna <input type="checkbox"/>	Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/>	Niezgodna <input type="checkbox"/>	14.09.2020
	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"/>	

2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności	Liczba stron: <i>0</i> (wpisać)
	Liczba aplikacji: <i>0</i> (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 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"/>

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)

.....
.....
.....
.....
.....

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 <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 type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>

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

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

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 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 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 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

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

Liczba wniosków – ogółem:

.....
(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 <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
<i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</i>	
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 <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
<i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</i>	
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 <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
<i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</i>	
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 <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
<i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</i>	

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej:

... (wypisać)

Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: (proszę opisać słownie)

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

B | R | O | W | S | K | @ | B | I | A | L | Y | S | T | O | K | . | L | A | S | Y | . | G | O | V | . | P | L

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

85/6858 344
(telefon kontaktowy)

Gruszeki 26.03.2021
(miejscowość, data)

Thccept5

NADLESNICZY
Nadleśnictwa
Browsk w Gruszkach

[Signature]
Tomasz Michał Gałęzia