

MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ		ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
Nazwa i adres podmiotu publicznego <b>Zespół Oświatowy w Golicach</b> Golicz, ul. Szkolna 2 08-110 Siedlce, tel. 23 833 31 20	<b>Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego</b>	Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin
Numer identyfikacyjny REGON (wpisać jeśli podmiot posiada) <b>383318870</b>	<b>Stan w dniu 01.01.2024 r.</b>	Termin przekazania: do <b>31.03.2024 r.</b>

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.).

G O L I C E @ G M I N A S I E D L C E . P L  
(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIC WIELKIMI LITERAMI)

### Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo : MAZOWIECKIE	Powiat SIEDLECKI	Gmina SIEDLCE
---------------------------	------------------	---------------

### 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 type="checkbox"/>	2) wojewody <input checked="" 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:	1 ... (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"/> (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"/> (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"/> (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

NIE

W części budynków tak, w części nie

*(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i lub obsług 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 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.

<b>1. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot posiada deklarację dostępności</b>	<b>Liczba stron:</b> 0 *** (wpisać) ***
	<b>Liczba aplikacji:</b> 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-sporządzenie
	Zgodna <input type="checkbox"/>	Częściowo zgodna <input type="checkbox"/>	Niezgodna <input checked="" 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"/>	
	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> 1 (wpisać)
	<b>Liczba aplikacji:</b> 0 (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)		
<a href="https://golice.gminasiedlce.pl/">https://golice.gminasiedlce.pl/</a>	Zgodna <input type="checkbox"/>	Częściowo zgodna <input type="checkbox"/>	Niezgodna <input checked="" 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 stanowił 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 type="checkbox"/>	NIE <input checked="" 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 type="checkbox"/>	NIE <input checked="" 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)

1

(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 informację 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 informację o zakresie swojej działalności w postaci informacji w tekście łatwym do czytania:

.....

(wpisać)

**4. Czy podmiot zapewniał w okresie sprawozdawczym – tj. od 20.09.2021 r. do 01.01.2024r. – 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 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:**

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)*

G O L I C E @ G M I N A S I E D L C E . P L  
*(e-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz – WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI)*

25 633 94 10

*(telefon kontaktowy)*

Golice 27.03.2024r

*(miejscowość, data)*