

S	E	K	R	E	T	A	R	I	A	T	@	S	P	9	.	E	D	U	.	G	D	A	N	S	K	.	P	L						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Województwo POMORSKIE	Powiat GDAŃSK	Gmina M.GDAŃSK
-----------------------	---------------	----------------

Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów		.....4..... (wpisać)
<b>1. Wolne od barier przestrzenie komunikacyjne w budynkach</b>		
a.	Liczba budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier wszystkie przestrzenie komunikacyjne	.....0..... (wpisać)
b.	Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia wolne od barier przestrzenie komunikacyjne	.....3..... (wpisać)
c.	Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych	.....1..... (wpisać)
<b>2. Dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (z wyłączeniem pomieszczeń technicznych)</b>		
a.	Liczba budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń	.....0..... (wpisać)
b.	Liczba budynków, w których podmiot nie umożliwia dostępu do wszystkich pomieszczeń	.....4..... (wpisać)
c.	Rodzaje rozwiązań, które podmiot zastosował, aby umożliwić dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)	
Rozwiązania architektoniczne <input type="checkbox"/> Środki techniczne <input type="checkbox"/> Zainstalowane urządzenia <input type="checkbox"/>		
<b>3. Informacja na temat rozkładu pomieszczeń w budynkach</b>		
a.	Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy	.....0..... (wpisać)
b.	Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i głosowy	.....0..... (wpisać)
c.	Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny, dotykowy i głosowy	.....0..... (wpisać)
<b>4. Dostęp do budynków dla osób korzystających z psa asystującego</b>		
a.	Liczba budynków, do których podmiot zapewnia wstęp osobie korzystającej z psa asystującego	.....4..... (wpisać)
b.	Liczba budynków, do których podmiot nie zapewnia wstępu osobie korzystającej z psa asystującego	.....0..... (wpisać)

<b>5. Ewakuacja lub ratowanie osób wewnątrz budynków</b>	
a. Aby umożliwić ewakuację lub ratowanie osób wewnątrz budynków, podmiot zapewnia (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)	
Procedury ewakuacji lub ratowania <input type="checkbox"/>	Sprzęt lub miejsce do ewakuacji lub ratowania <input type="checkbox"/>
Pracowników przeszkolonych z procedur ewakuacji lub ratowania <input checked="" type="checkbox"/>	
b. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ratowania osób wewnątrz budynku (dotyczy tylko budynków, w których spełniono wszystkie 3 warunki wskazane w pytaniu 5a)	
.....0..... (wpisać))	
c. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ratowania wewnątrz budynku (dotyczy tylko budynków, w których spełniono co najmniej 1 z 3 warunków wskazanych w pytaniu 5a)	
.....4..... (wpisać))	
d. Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ratowania wewnątrz budynku (dotyczy tylko budynków, w których nie spełniono żadnego z warunków wskazanych w pytaniu 5a)	
.....0..... (wpisać))	
<p><b>Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej:</b>          (proszę zamieścić tu słowny opis dostępności architektonicznej, 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)</p> <p>Szkoła zorganizowana przy Podmiocie Lecznictwem Copernicus w Gdańsku. Dostęp dla osób ze specjalnymi potrzebami na wszystkich oddziałach pediatrycznych szpitala. Pomieszczenia biurowe szkoły (sekretariat, gabinet dyrektora i pokój nauczycielski) zlokalizowane w osobnym budynku, który zapewnia częściowo wolne od barier przestrzenie komunikacyjne.</p>	

## 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. 2023 poz. 1440), zwaną UdC, w związku z art. 2 oraz art. 6 pkt 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UzD).

<b>Liczba</b>	<b>prowadzonych stron internetowych</b>	.....1..... (wpisać)
	<b>udostępnianych aplikacji mobilnych</b>	.....0..... (wpisać)
Prosimy o określenie zgodności strony/aplikacji z wymogami UdC (wpisać każdą stronę/aplikację w osobnym wierszu; tylko strony/aplikacje, które posiadają deklarację dostępności, mogą być uznane za zgodne z wymogami UdC)		
<b>Adres strony internetowej (wpisać)</b>	<b>Zgodność z UdC (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony)</b>	
<a href="http://www.sp9.edu.gdansk.pl">www.sp9.edu.gdansk.pl</a>	Zgodna <input type="checkbox"/>	Częściowo zgodna <input checked="" 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>Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania (wpisać)</b>	<b>Zgodność z UdC (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji)</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"/>
<p><b>Komentarze i uwagi dotyczące dostępności cyfrowej:</b>          (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)</p>		

### **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> <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–h)</i>		
a. Zastosowanie formularza kontaktowego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
b. Kontakt za pomocą poczty elektronicznej	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 checked="" type="checkbox"/>	NIE <input 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: <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i> 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 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?</b> <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących)</i>		
a. Pętle indukcyjne	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: ..... <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
b. Systemy FM	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: ..... <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
c. Systemy na podczerwień (IR)	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: ..... <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
d. Systemy Bluetooth	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: ..... <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
e. Inne <i>(prosimy o opis słowny posiadanych urządzeń lub środków technicznych)</i> ..... .....	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: ..... <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
<b>3. Czy podmiot zapewnia na swojej głównej stronie internetowej 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"/>		
b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>4. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał od osób ze szczególnymi potrzebami wnioski o zapewnienie szczególnej formy komunikacji?</b> <i>(na podstawie art. 6 pkt 3 lit.d Uzd, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i>		
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji</b>		
Liczba wniosków – ogółem		.....0..... <i>(wpisać)</i>
Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form <i>(wpisać słownie np. alfabet Lorma - 1 raz, druk w alfabecie Braille'a - 3 razy)</i>		

Komentarze i uwagi dotyczące dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności informacyjno-komunikacyjnej, 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 4. Informacja o dostępie alternatywnym

**Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot zapewniał dostęp alternatywny?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☒

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

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego ogółem

.....0.....  
(wpisać)

z tego w postaci

wsparcia innej osoby

.....0.....  
(wpisać)

wsparcia technicznego

.....0.....  
(wpisać)

zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu

.....0.....  
(wpisać)

Brak jakiego rodzaju dostępności był powodem konieczności zastosowania dostępu alternatywnego?

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

Architektoniczna ☐Cyfrowa ☐Informacyjno-komunikacyjna ☐

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

#### Dział 5. Informacje o otrzymanych wnioskach/żądaniach zapewnienia dostępności oraz postępowanie skargowe

**1. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 20.09.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej i/lub informacyjno-komunikacyjnej?**

(na podstawie art. 30 UoD, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☒

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

Liczba otrzymanych wniosków o zapewnienie dostępności ogółem

.....  
(wpisać)

z tego

dotyczących

wyłącznie dostępności architektonicznej

.....  
(wpisać)

wyłącznie dostępności informacyjno-komunikacyjnej

.....  
(wpisać)

wniosków o charakterze łączonym, tj. obejmujących równocześnie dostępność architektoniczną i informacyjno-komunikacyjną

.....  
(wpisać)

rozpatrzonych  
w terminie

do 14 dni

.....  
(wpisać)

dłuższym niż 14 dni

.....  
(wpisać)

Liczba negatywnie rozpatrzonych wniosków o zapewnienie dostępności

.....  
(wpisać)

z tego dotyczących

wyłącznie dostępności architektonicznej

.....  
(wpisać)

wyłącznie dostępności informacyjno-komunikacyjnej

.....  
(wpisać)

wniosków o charakterze łączonym, tj. obejmujących równocześnie dostępność architektoniczną i informacyjno-komunikacyjną

.....  
(wpisać)

Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności (można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)

Bariery prawne ☐Bariery techniczne ☐Bariery finansowe ☐Braki kadrowe ☐Brak czasu ☐Inne ☐

**2. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. (strony internetowe) lub od 23.06.2021 r. do 01.01.2025 r. (aplikacje mobilne) – podmiot otrzymał żądanie zapewnienia dostępności cyfrowej?** (na podstawie art. 18 UoC, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☒

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

Liczba otrzymanych żądań zapewnienia dostępności cyfrowej ogółem

.....  
(wpisać)

Liczba żądań rozpatrzonych w terminie

do 7 dni

.....  
(wpisać)

dłuższym niż 7 dni

.....  
(wpisać)

Liczba negatywnie rozpatrzonych żądań zapewnienia dostępności cyfrowej

.....  
(wpisać)

Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności cyfrowej

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)

Bariery prawne ☐Bariery techniczne ☐Bariery finansowe ☐Braki kadrowe ☐Brak czasu ☐Inne ☐

**3. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. (strony internetowe) lub od 23.06.2021 r. do 01.01.2025 r. (aplikacje mobilne) – podmiot otrzymał skargę na brak dostępności cyfrowej?** (na podstawie art. 18 UoC, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☒

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

Liczba otrzymanych skarg na brak dostępności cyfrowej ogółem

.....  
(wpisać)

z tego

pozytywnie rozpatrzonych

.....  
(wpisać)

negatywnie rozpatrzonych

.....  
(wpisać)

Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności, do której odnoszą się złożone skargi

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)

Bariery prawne ☐Bariery techniczne ☐Bariery finansowe ☐Braki kadrowe ☐Brak czasu ☐Inne ☐

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

I | . | S | T | A | N | K | I | E | W | I | C | Z | @ | S | P | 9 | . | E | D | U | . | G | D | A | N | S | K | . | P | L | | | |

58 302 66 50

(telefon kontaktowy)

Gdańsk, 28.03.2025

(miejscowość, data)