

**MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ**

ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa

**Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego**

**Nazwa i adres podmiotu publicznego**

Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach, Oddział w Pińczowie, ul. Łąkowa 2a

**Numer identyfikacyjny REGON**

29115054400081

**Stan w dniu 01.01.2021 r.**

**Termin przekazania: do 31.03.2021 r.**

**Dane kontaktowe**

**E-mail sekretariatu podmiotu**

sekretariat.pakosz@scrmits.pl

**E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz**

przemyslaw.poznanski@scrmits.pl

**Telefon kontaktowy**

502216424

**Data**

2021-03-30

**Miejscowość**

Kielce

**Lokalizacja siedziby podmiotu**

**Województwo**

WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIE

**Powiat**

Powiat pińczowski

**Gmina**

Pińczów (miasto)

**Podmiot zobowiązany do złożenia raportu o stanie dostępności na podstawie art. 11 ust. 4. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UzD) do:**

☒ 2) wojewody

**Dział 1. Dostępność architektoniczna**

**Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów:**

1

**1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne ?**

☒ TAK

**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?**

☒ TAK

**3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?**

☒ TAK

**4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?**

☒ NIE

**5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?**

☒ TAK

#### **Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej**

W budynku Oddziału ŚCRMiTS w Pińczowie przy ul. Łąkowej 2a na parterze znajdują się gabinety lekarskie i zabiegowe, w których świadczone są usługi medyczne podstawowej opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Dostęp do gabinetów lekarskich i zabiegowych jest zapewniony z wykorzystaniem pochylni. W pozostałej części budynku (parter i piętro) znajdują się wyłącznie pomieszczenia techniczne przeznaczone dla personelu zespołów ratownictwa medycznego i zespołów transportu medycznego. Pomieszczenia te nie są powszechnie dostępne. Przebywają w nich tylko pracownicy, którzy z uwagi na charakter pracy nie mogą być osobami z niepełnosprawnościami.

#### **Dział 2. Dostępność cyfrowa**

**1. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot posiada deklarację dostępności**

Liczba stron: 0

Liczba aplikacji: 0

**Strony internetowe i aplikacje mobilne, dla których podmiot posiada deklarację dostępności**

**2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności**

Liczba stron: 1

Liczba aplikacji: 0

**Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:**

Adres strony internetowej                      www.scrmits.pl  
Zgodność z UdC                                    [ X ] Niezgodna

**Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:**

**Komentarze i uwagi dotyczące dostępności cyfrowej**

Dostępność cyfrowa jest obecnie zapewniana na minimalnym poziomie. Oddział nie prowadzi własnej strony internetowej. Jest jedna strona dla całego podmiotu leczniczego.

**Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna**

**1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?**

- |                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| a. Kontakt telefoniczny                                                                                          | [ X ] TAK |
| b. Kontakt korespondencyjny                                                                                      | [ X ] TAK |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | [ X ] NIE |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych                                 | [ X ] NIE |
| e. Przesyłanie faksów                                                                                            | [ X ] TAK |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)          | [ X ] NIE |
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty                                                             | [ X ] NIE |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)                                                      | [ X ] NIE |

**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?**

[ X ] NIE

**Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:**

1

**3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:**

**a. tekstu odczytywalnego maszynowo?**

[ X ] NIE

**b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?**

[ X ] NIE

**c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?**

☒ NIE

**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?**

☒ NIE

#### **Dział 4. Informacja o dostępie alternatywnym**

**1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia innej osoby?**

☒ NIE

**2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?**

☒ NIE

**3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?**

☒ NIE

**4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?**

☒ NIE