

|                                                                                     |                                                                             |                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ</b>                                 |                                                                             | ul. Wspólna 2/4, 00-926<br>Warszawa                                                                                           |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego<br><b>Ośrodek Pomocy Społecznej w Myśliborzu</b> | <b>Raport o stanie<br/>zapewniania dostępności<br/>podmiotu publicznego</b> | Portal sprawozdawczy GUS<br><b>portal.stat.gov.pl</b><br><br>Urząd Statystyczny<br>ul. St. Leszczyńskiego 48<br>20-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny<br>REGON <b>00313141200000</b>                                | <b>Stan w dniu 01.01.2021 r.</b>                                            | Termin przekazania:<br><b>do 31.03.2021 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.).

#### Dane kontaktowe

|                                                    |                  |
|----------------------------------------------------|------------------|
| E-mail sekretariatu podmiotu                       | ops@mysliborz.pl |
| E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz | ops@mysliborz.pl |
| Telefon kontaktowy                                 |                  |
| Data                                               | 2021-03-31       |
| Miejscowość                                        | Myślibórz        |

|                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| <b>Lokalizacja siedziby podmiotu</b> |                         |
| Województwo                          | WOJ. ZACHODNIOPOMORSKIE |
| Powiat                               | Powiat myśliborski      |
| Gmina                                | Myślibórz (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:**

- ☐ 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                                                                                                                                       |
| 1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne ?                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie |
| 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:                       |                                                                                                                                         |
| 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 | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>pomieszczeń technicznych?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie                                                                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                         |
| <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>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie |
| 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:                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <b>4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                         |
| <b>5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie |
| 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:                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |
| Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej<br><i>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</i> |                                                                                                                                         |

## 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> | Liczba stron:     | 2 |
|                                                                                                                                            | Liczba aplikacji: | 0 |
| <b>Strony internetowe i aplikacje mobilne, dla których podmiot posiada deklarację dostępności</b>                                          |                   |   |

| Lp. | ID a11y-url              | ID a11y-status                                                                                                                | ID a11y-data-sporzadzenie |
|-----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 001 | www.ops.mysliborz.pl     | <input type="checkbox"/> Zgodna<br><input checked="" type="checkbox"/> Częściowo zgodna<br><input type="checkbox"/> Niezgodna | 2020-09-18                |
| 002 | www.bip.ops.mysliborz.pl | <input type="checkbox"/> Zgodna<br><input checked="" type="checkbox"/> Częściowo zgodna<br><input type="checkbox"/> Niezgodna | 2020-09-18                |

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

|                   |   |
|-------------------|---|
| Liczba stron:     | 0 |
| Liczba aplikacji: | 0 |

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

| Lp. | Adres strony internetowej | Zgodność z UdC |
|-----|---------------------------|----------------|
|-----|---------------------------|----------------|

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

| Lp. | Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania | Zgodność z UdC |
|-----|--------------------------------------------------|----------------|
|-----|--------------------------------------------------|----------------|

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                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| b. Kontakt korespondencyjny                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych                                 | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE |
| e. Przesyłanie faksów                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)          | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE |

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE                                                                                                                         |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego:                                                                                                     | <input type="checkbox"/> od razu<br><input type="checkbox"/> w ciągu 1 dnia roboczego<br><input type="checkbox"/> w ciągu 2-3 dni roboczych<br><input type="checkbox"/> powyżej 3 dni roboczych |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE                                                                                                                         |
| <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>                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE                                                                                                                         |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących:                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:</b><br>(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)                                                                                                                     | 2                                                                                                                                                                                               |
| <b>3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:</b><br>(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c) |                                                                                                                                                                                                 |
| <b>a. tekstu odczytywalnego maszynowo?</b>                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie                                                          |
| 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>b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?</b>                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie                                                          |
| 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:                                              |                                                                                                                                                                                                 |
| <b>c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?</b>                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie                                                          |
| 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 01.01.2021 r. – na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami możliwość komunikacji w formie określonej w tym wniosku?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)                        | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE                                                                                                                         |
| <b>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Liczba wniosków – ogółem:</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form:<br>(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.

|                                                                                                                                                    |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia innej osoby?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby: |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  |
|---------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego: |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  |
|---------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                           |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu: |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  |
|---------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                        |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK<br><input checked="" type="checkbox"/> NIE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

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

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

|                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego |  |
|---------------------------------------------------------------|--|