|  |
| --- |
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa |
| Nazwa i adres podmiotu publicznegoXXX Liceum Ogólnokształcące im. ks. bp. Ignacego Krasickiego | **Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego** | Portal sprawozdawczy GUS**https://raport.stat.gov.pl/** lub**https://dostepnosc.stat.gov.pl/**Urząd Statystycznyul. St. Leszczyńskiego 4820-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny REGON *(wpisać, jeśli podmiot posiada)*00000000217930 |  | **Stan w dniu 01.01.2025 r.** |  | Termin przekazania: do **31.03.2025 r**. |

**Obowiązek przekazania danych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. 2023 r. poz. 773) oraz z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz. 2240, z późn. zm.)**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| K | O | N | T | A | K | T | @ | L | O | 3 | 0 | . | E | L | O | D | Z | . | E | D | U | . | P | L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(e‑mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)*

**Lokalizacja siedziby podmiotu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo …łódzkie………. | Powiat …mŁódź………………. | Gmina ………Łódź - Bałuty………… |

**Dział 1. Dostępność architektoniczna**

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

|  |
| --- |
| 1. **Ewakuacja lub** **ratowanie osób wewnątrz budynków**
 |
| 1. Aby umożliwić ewakuację lub ratowanie osób wewnątrz budynków, podmiot zapewnia

 *(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)* |
| Procedury ewakuacji lub ratowania  | x | Sprzęt lub miejsce do ewakuacji lub ratowania  | x | Pracowników przeszkolonych z procedur ewakuacji lub ratowania  | x |  |
| 1. 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)* | *……1..……**(wpisać)* |
| 1. 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)* | *…….0.……**(wpisać* |
| 1. 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* |
| 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)*……Szkoła posiada podjazd do wejścia do szkoły oraz jedno miejsce parkingowe dla osób niepełnosprawnych…… |

**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).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba** | **prowadzonych stron internetowych** | *……1…… (wpisać)* |
| **udostępnianych aplikacji mobilnych** | *……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)* |
| **Adres strony internetowej** *(wpisać)* |  **Zgodność z UdC** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony)* |
| https://liceumnasowinskiego.pl | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | x | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
| **Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania** *(wpisać)* | **Zgodność z UdC** *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji)* |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
|  | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | ☐ | Niezgodna | ☐ |
| 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)*…brak……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**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)* |
| 1. Zastosowanie formularza kontaktowego
 |  TAK | x | NIE | ☐ |
| 1. Kontakt za pomocą poczty elektronicznej
 |  TAK | x | NIE | ☐ |
| 1. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS,MMS lub komunikatorów internetowych
 |  TAK | ☐ | NIE | x |
| 1. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorówinternetowych
 |  TAK | ☐ | NIE | x |
| 1. Przesyłanie faksów
 |  TAK | ☐ | NIE | x |
| 1. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje(tłumaczenie online)
 |  TAK | ☐ | NIE | x |
| 1. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty
 |  TAK | ☐ |  NIE | x |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi *„TAK”* – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzebypodmiot 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 ☐ |
| 1. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)
 | TAK | ☐ | NIE | x |
| 1. **Czy podmiot posiada** **urządzenia lub środki techniczne do obsługi osób słabosłyszących?**

 *(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących)* |
| 1. Pętle indukcyjne
 | TAK ☐ | NIE x |
| Liczba: | *………… (wpisać)* |
| 1. Systemy FM
 | TAK ☐ | NIE x |
| Liczba: | *………… (wpisać)* |
| 1. Systemy na podczerwień (IR)
 | TAK ☐ | NIE x |
| Liczba: | *………… (wpisać)* |
| 1. Systemy Bluetooth
 | TAK ☐ | NIE x |
| Liczba: | *………… (wpisać)* |
| 1. Inne *(prosimy o opis słowny posiadanych urządzeń lub środków technicznych)*
 | TAK ☐ | NIE x |
| ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………… | Liczba: | *………… (wpisać)* |
| 1. **Czy podmiot zapewnia na swojej głównej stronie internetowej 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  | x | NIE | ☐ |  |  |
| **b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?** |
| TAK  | x | NIE | ☐ |  |  |
| **c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?** |
| TAK  | x |  NIE | ☐ |  |  |
| 1. **Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał od osób ze szczególnymi potrzebami wniosek o zapewnienie szczególnej formy komunikacji?**

*(****na podstawie art. 6 pkt 3 lit.d UzD****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* |
| TAK | ☐ |  NIE | x |
| ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji*** |
| Liczba wniosków – ogółem |  *….0……… (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)*…brak………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Komentarze i uwagi dotyczące dostępności informacyjno-komunikacyjnej:*(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności informacyjno-komunikacyjnej, 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)*…brak…………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**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 | x |
| ***W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji*** |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego ogółem | *………… (wpisać)* |
| z tego w postaci | wsparcia innej osoby | *………… (wpisać)* |
| wsparcia technicznego | *………… (wpisać)* |
| zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu | *………… (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 UzD****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* |
| TAK | ☐ | NIE | x |
| ***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)* |
| łącznie dostępności architektoniczneji informacyjno-komunikacyjnej*(wnioski o charakterze mieszanym dotyczące łącznie ww. rodzajów dostępności)* | *…………* *(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)* |
| łącznie dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej | *…………* *(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 ☐ |
|  |
| 1. **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 UdC****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)* |
| TAK | ☐ | NIE | x |
| ***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 ☐ |
| 1. **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 UdC****, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TAK | ☐ | NIE | x |

***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)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  42/ 653 90 47 |   |  Łódź, dn. 25 lutego 2025 r. |
| (telefon kontaktowy) |  | (miejscowość, data) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E | . | S | Z | Y | M | A | Ń | S | K | A | @ | L | O | 3 | 0 | . | E | L | O | D | Z | . | E | D | U | . | P | L |  |  |  |  |  |  |