

MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ		ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
Nazwa i adres podmiotu publicznego Gmina Kamień Krajeński ul. Plac Odrodzenia 3, 89-430 Kamień Krajeński	Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego	Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin
Numer identyfikacyjny REGON (wpisać jeśli podmiot posiada) 092350932	Stan w dniu 01.01.2021 r.	Termin przekazania: do 31.03.2021 r.

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.).

S | E | K | R | E | T | A | R | I | A | T | @ | U | M | . | K | A | M | I | E | N | K | R | . | P | L |

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo: Kujawsko-pomorskie	Powiat: sępoleński	Gmina: Kamień Krajeński
---------------------------------	--------------------	-------------------------

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 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:	<i>1</i>
(wpisać)	
1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne? (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) ...	
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? (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) ...	
3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy? (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) ...	
4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)	
TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input 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 wskazania odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” – prosimy o podanie liczby budynków, w 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 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 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.

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

Liczba stron: ... ² (wpisać) ...Liczba aplikacji: ... 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
https://portal.kamienkr.pl	Zgodna <input type="checkbox"/>	Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/>	Niezgodna <input type="checkbox"/>	23.09.2020
https://mst-kamien-krajenski.rbip.mojregion.info/	Zgodna <input type="checkbox"/>	Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/>	Niezgodna <input type="checkbox"/>	23.09.2020
	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"/>	

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

Liczba stron: ... ⁰ (wpisać) ...Liczba aplikacji: ... 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)		
	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"/>

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 checked="" type="checkbox"/>	NIE <input 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 checked="" type="checkbox"/>	NIE <input 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 checked="" type="checkbox"/>	NIE <input 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 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)

..... 2
(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 20.09.2019 r. do 01.01.2021 r. – 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:

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)

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:

0
(wpisać)

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)
Budynek dwupiętrowy. Brak windy w budynku.

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:

*** (wpisać)

Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: *(proszę opisać słownie)*

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

P | . | P | U | B | L | I | C | Z | N | Y | @ | U | M | . | K | A | M | I | E | N | K | R | . | P | L

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

523894534
(telefon kontaktowy)

Kamień Krajeński, 16.02.2021 r.
(miejscowość, data)

GMINA KAMIEŃ KRAJEŃSKI
ul. Plac Odrodzenia 3
89-430 Kamień Krajeński
NIP: 504-00-25-730
REGON: 09-23-50-932

BURMISTRZ
mgr inż. Wojciech Głomski