

|                                                                            |                                                                                                                     |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ                               |                                                                                                                     | ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa                                 |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego                                         | <b>Raport o stanie zapewniania<br/>dostępności podmiotu<br/>publicznego</b><br><br><b>Stan w dniu 01.01.2021 r.</b> | Portal sprawozdawczy GUS<br><b>portal.stat.gov.pl</b>            |
| Starostwo Powiatowe w Wyszku<br>Aleja Róż 2, 07-200 Wyszki                 |                                                                                                                     | Urząd Statystyczny<br>ul. St. Leszczyńskiego 48<br>20-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny REGON<br>(wpisać jeśli podmiot posiada)<br>550668462 |                                                                                                                     | Termin przekazania:<br>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 T A R O S T W O @ P O W I A T - W Y S Z K O W S K I . P L

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

### Lokalizacja siedziby podmiotu

|                         |                   |              |
|-------------------------|-------------------|--------------|
| Województwo mazowieckie | Powiat wyszkowski | Gmina Wyszki |
|-------------------------|-------------------|--------------|

### 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 <input type="checkbox"/> | 2) wojewody <input checked="" type="checkbox"/> | 3) nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|

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: | .....3.....<br>(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 type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input checked="" type="checkbox"/><br>(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: .....1.....  
(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 type="checkbox"/> | W części budynków tak, w części nie <input checked="" type="checkbox"/><br>(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: .....1.....  
(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"/><br>(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"/><br>(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, do 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)

W 2021 r. planowane jest dostosowania ciągu komunikacyjnego do wymogów dostępności poprzez wykonanie pochylni i likwidację dwóch stopni

## 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:powiat-wyszkowski.pl/     | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/> | 2020.09.21                |
| https:bip.powiat-wyszkowski.pl/ | Zgodna <input type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/> Niezgodna <input type="checkbox"/> | 2020.09.18                |
|                                 | 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)

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)

Starostwo Powiatowe w Wyszkowie zobowiązuje się zapewnić dostępność swojej strony internetowej zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. Oświadczenie w sprawie dostępności ma zastosowanie do strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Wyszkowskiego. Data publikacji strony internetowej: 2001-06-01. Data ostatniej istotnej aktualizacji: 2020-09-08. Strona internetowa jest częściowo zgodna z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych z powodu niezgodności lub włączeń wymienionych poniżej: część plików nie jest dostępnych cyfrowo, brak odpowiedniej struktury nagłówkowej artykułów, skany, obrazy, grafiki, nagrania dźwiękowe, filmy nie posiadają tekstu alternatywnego Wyłączenia: mapy są wyłączone z obowiązku zapewniania dostępności, filmy zostały opublikowane przed wejściem w życie ustawy o dostępności cyfrowej.

## 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 checked="" type="checkbox"/> | NIE <input 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 <input type="checkbox"/> 2) w ciągu 1 dnia roboczego <input type="checkbox"/> 3) w ciągu 2-3 dni roboczych <input checked="" 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, takich jak np. pętle indukcyjne, systemy FM, systemy na podczerwień (IR), systemy Bluetooth?</b> (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)                                   |                                         |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                              |                                         |                                         |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących: .....                                                                                                          |                                         |                                         |
| (wpisać)                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                         |
| <b>Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:</b> .....2.....                                                                                                                                                                                         |                                         |                                         |
| (liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2) (wpisać)                                                                                                                                                                          |                                         |                                         |
| <b>3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:</b> (zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c) |                                         |                                         |
| <b>a. tekstu odczytywalnego maszynowo?</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                                         |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  |                                         |                                         |
| (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>b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?</b>                                                                                                                                                                                   |                                         |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  |                                         |                                         |
| (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)                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                         |
| <b>c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?</b>                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  |                                         |                                         |
| (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)                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                         |
| <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> (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)                        |                                         |                                         |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                              |                                         |                                         |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:                                                                                                                                                                                  |                                         |                                         |
| <b>Liczba wniosków – ogółem:</b> 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.

|                                                                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia innej osoby?</b> (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) |  |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            |  |
| W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:                                                                |  |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby: .....                                                     |  |
| (wpisać)                                                                                                                                        |  |

**2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

NIE X

**3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

NIE X

**4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?**  
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

NIE X

| S | E | K | R | E | T | A | R | Z | @ | P | O | W | I | A | T | - | W | Y | S | Z | K | O | W | S | K | I | . | P | L | | | | |

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

297435930

(telefon kontaktowy)

Wyszków, 30.03.2021 r.

(miejscowość, data)

