|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa | | | | |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego | **Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego** | | | Portal sprawozdawczy GUS  **https://raport.stat.gov.pl/** lub  **https://dostepnosc.stat.gov.pl/**  Urząd Statystyczny  ul. St. Leszczyńskiego 48  20-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny REGON  *(wpisać, jeśli podmiot posiada)* |  | **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.)**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Wyszków |

**Dział 1. Dostępność architektoniczna**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów** | | | | | ***3*** (wpisać) | |
| 1. **Wolne od barier przestrzenie komunikacyjne w budynkach** | | | | |  | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier wszystkie przestrzenie komunikacyjne | | | | | ***2*** *(wpisać*) | |
| 1. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia wolne od barier przestrzenie komunikacyjne | | | | | ***1*** *(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 | | | | | ***2*** *(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 | **X** | Środki techniczne | ☐ | Zainstalowane urządzenia | **X** |  |
| 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 | | | | | ***3*** (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 |  | 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)* | | | | | ***3*** (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)*  Starostwo Powiatowe w Wyszkowie zapewnia dostępność w swojej lokalizacji – budynku przy Alei Róż 2 w Wyszkowie. Nawierzchnia ciągów pieszych prowadzących do Starostwa jest utrzymana w dobrym stanie i pozbawiona przeszkód. Do budynku można się dostać korzystając ze schodów lub pochylni. Wejście jest pozbawione progów. Ciągi komunikacyjne wewnątrz budynku Starostwa umożliwiają swobodne przemieszczanie się osobom z ograniczoną mobilnością na parterze budynku. W budynku jest winda na I piętro gdzie znajduje się Urząd Miejski w Wyszkowie. Punkt obsługi klienta KANCELARIA znajduje się w budynku głównym Starostwa przy Alei Róż 2 w widocznym miejscu, w pobliżu głównych ciągów komunikacyjnych i głównych przesuwnych drzwi wejściowych do budynku. Napis kancelaria jest wyróżniony przez elementy architektury i wizualny kontrast oraz zlokalizowany w miejscu dostępnym dla osób ze szczególnymi potrzebami. Dwa stanowiska z blatem na wysokości do 130 cm dostosowane są do obsługi osób w pozycji stojącej. W strefie obsługi klienta zapewniono przestrzeń manewrową dla osób poruszających się na wózku. Wyodrębniono także jedno stanowisko, którego blat znajduje się na wysokości do 80 cm. Stanowiska obsługi klienta są dobrze oświetlone. Przy każdym stanowisku twarz pracownika jest równomiernie oświetlona światłem rozproszonym, za pracownikiem nie ma okna ani źródła oświetlenia. Strefa obsługi klienta jest wyposażona w miejsca do odpoczynku.  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………. | | | | | | | |

**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** | | | | | ***2*** *(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:powiat-wyszkowski.pl/ | Zgodna | ☐ | Częściowo zgodna | **x** | Niezgodna | | ☐ |
| https:bip.powiat-wyszkowski.pl/ | Zgodna | x | 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)*  Oświadczenie w sprawie dostępności ma zastosowanie do strony internetowej https:bip.powiat-wyszkowski.pl/, która jest w całości zgodna z UdC.  Strona internetowa https:powiat-wyszkowski.pl/ 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. | | | | | | | |

**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 | **X** | | NIE | ☐ |
| 1. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych | | | | | | | | | | | | TAK | **X** | | NIE | ☐ |
| 1. Przesyłanie faksów | | | | | | | | | | | | TAK | **X** | | NIE | ☐ |
| 1. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online) | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | **X** |
| 1. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty | | | | | | | | | | | | TAK | **X** | | NIE | ☐ |
| 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 **X** | | | | | | 4) powyżej 3 dni roboczych ☐ | | | | | |
| 1. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty) | | | | | | | | | | | | TAK | ☐ | | NIE | ☐ |
| 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 **X** | | | | | | NIE ☐ | | | | |
| Liczba: | | | | ***1*** *(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 | | ☐ | | NIE | | | **X** | |  | | | | | | |  |
| **c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | ☐ | | NIE | | | **X** | |  | | | | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | *…………  (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)*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………...……..………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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)*  Budynek Starostwa oznaczony jest tablicą informacyjną umieszczoną w widocznym miejscu. Brak jest piktogramów informujących o udogodnieniach dla osób ze szczególnymi potrzebami. W budynku zapewniono informację na temat rozkładu pomieszczeń na poszczególnych kondygnacjach. Informacje te podane są w sposób wizualny za pomocą tablicy informacyjnej. W przestrzeni obsługi klienta w kancelarii Starostwa znajduje się stanowisko wyposażone w stanowiskową pętlę indukcyjną, która wspomaga słyszenie, brak jest zdalnego dostępu do usługi tłumacza Polskiego Języka Migowego (PJM) oraz Systemu Językowo-Migowego (SJM). Podczas załatwiania spraw w urzędzie można skorzystać z pomocy **tłumacza języka migowego.** Wystarczy zgłosić taką potrzebę co najmniej na 3 dni robocze przed zaplanowaną wizytą w urzędzie, wysyłając wiadomość na adres e-mail: starostwo@ powiat-wyszkowski.pl lub telefonicznie +48 29 743 59 35. Starostwo umożliwia obsługę poprzez środki wspierające komunikowanie się takie, jak: poczta elektroniczna: starostwo@powiat-wyszkowski.pl; Na głównej stronie BIP Urzędu znajduje się zakładka **„Deklaracja dostępności”**, można znaleźć w niej informacje o udogodnieniach dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym o dostępnych toaletach i miejscach parkingowych także w pozostałych dwóch budynkach Starostwa przy ul. Zakolejowej 15A, i ul. Świętojańskiej 82C. W **„Deklaracji Dostępności”** wyznaczony numer telefonu komórkowego **571 402 767**  dostępny dla osób ze szczególnymi  potrzebami do komunikacji m.in. za pomocą SMS lub MMS…………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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)* |
| wniosków o charakterze łączonym, tj. obejmujących równocześnie dostępność architektoniczną  i informacyjno-komunikacyjną | | | | *…………*  *(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)* |
| wniosków o charakterze łączonym, tj. obejmujących równocześnie dostępność architektoniczną i informacyjno-komunikacyjną | | | | | | | *…………*  *(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)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 29 743 59 35 |  | Wyszków, 24.03.2025 |
| (telefon kontaktowy) |  | (miejscowość, data) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |