

| | | |
|--|---|--|
| MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ | | ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego ZESPÓŁ SEKROŁ OGÓLNOKSIĄDZĄCYCH Zgromadzenia Córek Bożej Miłości 43-300 Bielsko-Biała, ul. Broniewskiego 13 tel. (0-33) 829-24-09 NIP 9372494078 | 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) 24310270300000 | 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.).

SEKRETARIAT@SZKOLACBM.PL

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Województwo .. <u>śląskie</u> | Powiat .. <u>M. Bielsko-Biała</u> | Gmina .. <u>M. Bielsko-Biała</u> |
|-------------------------------------|---|--|

Dział 1. Dostępność architektoniczna

| | |
|--|--|
| Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów | <u>1</u> (wpisać) |
| 1. Wolne od barier przestrzenie komunikacyjne w budynkach | |
| a. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier wszystkie przestrzenie komunikacyjne | <u>0</u> (wpisać) |
| b. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia wolne od barier przestrzenie komunikacyjne | <u>1</u> (wpisać) |
| c. Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych | <u>0</u> (wpisać) |
| 2. Dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (z wyłączeniem pomieszczeń technicznych) | |
| a. Liczba budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń | <u>0</u> (wpisać) |
| b. Liczba budynków, w których podmiot nie umożliwia dostępu do wszystkich pomieszczeń | <u>0</u> (wpisać) |
| c. Rodzaje rozwiązań, które podmiot zastosował, aby umożliwić dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (można zaznaczyć kilka odpowiedzi) | |
| Rozwiązania architektoniczne <input type="checkbox"/> | Środki techniczne <input type="checkbox"/> |
| Zainstalowane urządzenia <input type="checkbox"/> | |
| 3. Informacja na temat rozkładu pomieszczeń w budynkach | |
| a. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy | <u>0</u> (wpisać) |
| b. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i głosowy | <u>0</u> (wpisać) |
| c. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny, dotykowy i głosowy | <u>0</u> (wpisać) |
| 4. Dostęp do budynków dla osób korzystających z psa asystującego | |
| a. Liczba budynków, do których podmiot zapewnia wstęp osobie korzystającej z psa asystującego | <u>1</u> (wpisać) |
| b. Liczba budynków, do których podmiot nie zapewnia wstępu osobie korzystającej z psa asystującego | <u>0</u> (wpisać) |

| | | |
|---|---|---|
| 5. Ewakuacja lub ratowanie osób wewnątrz budynków | | |
| a. Aby umożliwić ewakuację lub ratowanie osób wewnątrz budynków, podmiot zapewnia <i>(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)</i> | | |
| Procedury ewakuacji lub ratowania <input checked="" type="checkbox"/> | Sprzęt lub miejsce do ewakuacji lub ratowania <input checked="" type="checkbox"/> | Pracowników przeszkolonych z procedur ewakuacji lub ratowania <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ratowania osób wewnątrz budynku <i>(dotyczy tylko budynków, w których spełniono wszystkie 3 warunki wskazane w pytaniu 5a)</i> | | 0 <i>(wpisać)</i> |
| c. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ratowania wewnątrz budynku <i>(dotyczy tylko budynków, w których spełniono co najmniej 1 z 3 warunków wskazanych w pytaniu 5a)</i> | | 1 <i>(wpisać)</i> |
| d. Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ratowania wewnątrz budynku <i>(dotyczy tylko budynków, w których nie spełniono żadnego z warunków wskazanych w pytaniu 5a)</i> | | 1 <i>(wpisać)</i> |
| Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej: <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> | | |
| Budynek zwykły z jedną klatką schodową, bez windy | | |

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 <i>(wpisać)</i> |
| | udostępnianych aplikacji mobilnych | | 0 <i>(wpisać)</i> |
| Prosimy o określenie zgodności strony/aplikacji z wymogami UdC <i>(wpisać każdą stronę/aplikację w osobnym wierszu; tylko strony/aplikacje, które posiadają deklarację dostępności, mogą być uznane za zgodne z wymogami UdC)</i> | | | |
| Adres strony internetowej <i>(wpisać)</i> | Zgodność z UdC <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony)</i> | | |
| www.szkoła.cbm.pl | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input checked="" 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"/> |
| Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania <i>(wpisać)</i> | Zgodność z UdC <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji)</i> | | |
| | 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: <i>(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)</i> | | | |

Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

| | | |
|--|--|---|
| 1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się? <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-h)</i> | | |
| a. Zastosowanie formularza kontaktowego | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Kontakt za pomocą poczty elektronicznej | 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 type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i> 1) od razu <input type="checkbox"/> 2) w ciągu 1 dnia roboczego <input type="checkbox"/> 3) w ciągu 2-3 dni roboczych <input type="checkbox"/> 4) powyżej 3 dni roboczych <input type="checkbox"/> | | |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty) | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy podmiot posiada urządzenia lub środki techniczne do obsługi osób słabosłyszących? <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących)</i> | | |
| a. Pętle indukcyjne | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Systemy FM | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Systemy na podczerwień (IR) | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Systemy Bluetooth | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Inne <i>(prosimy o opis słowny posiadanych urządzeń lub środków technicznych)</i> | TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Czy podmiot zapewnia na swojej głównej stronie internetowej informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci: <i>(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a-c)</i> | | |
| a. tekstu odczytywalnego maszynowo? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 4. 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? <i>(na podstawie art. 6 pkt 3 lit.d Uzd, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i> | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| <i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji</i> | | |
| Liczba wniosków – ogółem <i>(wpisać)</i> | | |

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 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 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

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 UoD, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK

NIE

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 architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej (wnioski o charakterze mieszanym dotyczące łącznie ww. rodzajów dostępności) | (wpisać) |
| | rozpatrzonych w terminie | do 14 dni | (wpisać) |
| | | dłuższym niż 14 dni | (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 – WYPELNIĄĆ WIELKIMI LITERAMI)

N|C|I|@|S|Z|K|O|L|A|C|B|N|.|P|L|

33/829-24-09
(telefon kontaktowy)

Bielko-Bielc, 28.03.2025r
(miejscowość, data)