

MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ		ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
Nazwa i adres podmiotu publicznego Przedszkole nr 39 "Sto Pociech"	Raport o stanie zapewnienia dostępności podmiotu publicznego	Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin
Numer identyfikacyjny REGON 00022356200000	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.).

Dane kontaktowe

E-mail sekretariatu podmiotu	p39@edu.bydgoszcz.pl
E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz	p39@edu.bydgoszcz.pl
Telefon kontaktowy	523439338
Data	2021-03-02
Miejscowość	BYDGOSZCZ

Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo	WOJ. KUJAWSKO-POMORSKIE
Powiat	Powiat m. Bydgoszcz
Gmina	M. Bydgoszcz (gmina miejska)

Podmiot zobowiązany do złożenia raportu o stanie dostępności na podstawie art. 11 ust. 4. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UzD) do:

- 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:	1
1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne ?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie
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:	
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	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE

1. Nazwa jednostki organizacyjnej 2. Adres siedziby	3. Rodzaj działalności 4. Liczba pracowników	5. Liczba miejsc pracy 6. Liczba stanowisk
7. Nazwa jednostki organizacyjnej 8. Adres siedziby	9. Rodzaj działalności 10. Liczba pracowników	11. Liczba miejsc pracy 12. Liczba stanowisk

13. Nazwa jednostki organizacyjnej
 14. Adres siedziby
 15. Rodzaj działalności
 16. Liczba pracowników
 17. Liczba miejsc pracy
 18. Liczba stanowisk

19. Nazwa jednostki organizacyjnej 20. Adres siedziby	21. Rodzaj działalności 22. Liczba pracowników	23. Liczba miejsc pracy 24. Liczba stanowisk
25. Nazwa jednostki organizacyjnej 26. Adres siedziby	27. Rodzaj działalności 28. Liczba pracowników	29. Liczba miejsc pracy 30. Liczba stanowisk

31. Nazwa jednostki organizacyjnej
 32. Adres siedziby
 33. Rodzaj działalności
 34. Liczba pracowników
 35. Liczba miejsc pracy
 36. Liczba stanowisk

37. Nazwa jednostki organizacyjnej 38. Adres siedziby	39. Rodzaj działalności 40. Liczba pracowników	41. Liczba miejsc pracy 42. Liczba stanowisk
43. Nazwa jednostki organizacyjnej 44. Adres siedziby	45. Rodzaj działalności 46. Liczba pracowników	47. Liczba miejsc pracy 48. Liczba stanowisk

49. Nazwa jednostki organizacyjnej
 50. Adres siedziby
 51. Rodzaj działalności
 52. Liczba pracowników
 53. Liczba miejsc pracy
 54. Liczba stanowisk

55. Nazwa jednostki organizacyjnej 56. Adres siedziby	57. Rodzaj działalności 58. Liczba pracowników	59. Liczba miejsc pracy 60. Liczba stanowisk
61. Nazwa jednostki organizacyjnej 62. Adres siedziby	63. Rodzaj działalności 64. Liczba pracowników	65. Liczba miejsc pracy 66. Liczba stanowisk

67. Nazwa jednostki organizacyjnej
 68. Adres siedziby
 69. Rodzaj działalności
 70. Liczba pracowników
 71. Liczba miejsc pracy
 72. Liczba stanowisk

pomieszczeń technicznych?	<input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie
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:	
3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie
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:	
4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie
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:	
5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie
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:	
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>	Umożliwiamy wstęp do budynku z psem asystującym osobie niepełnosprawnej

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:	1
	Liczba aplikacji:	0
Strony internetowe i aplikacje mobilne, dla których podmiot posiada deklarację dostępności		

<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>
<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>	<p>Wzrost: 170 cm Ciężar ciała: 65 kg</p>

Lp.	ID a11y-url	ID a11y-status	ID a11y-data-sporzadzenie
001	www.sto-pociech.pl	<input type="checkbox"/> Zgodna <input checked="" type="checkbox"/> Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> Niezgodna	2021-03-02

2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności	Liczba stron:	0
	Liczba aplikacji:	0

Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:

Lp.	Adres strony internetowej	Zgodność z UdC
-----	---------------------------	----------------

Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:

Lp.	Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania	Zgodność z UdC
-----	--	----------------

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)

Strona internetowa jest częściowo zgodna

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. Kontakt telefoniczny	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b. Kontakt korespondencyjny	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
e. Przesyłanie faksów	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od	<input type="checkbox"/> od razu

ID zapytania	Tytuł zapytania	Opis zapytania	Data
2021-03-02	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
10	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	
[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	[X] Tak [] Nie	

zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego:	<input type="checkbox"/> w ciągu 1 dnia roboczego <input type="checkbox"/> w ciągu 2-3 dni roboczych <input type="checkbox"/> powyżej 3 dni roboczych
h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
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?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących:	
Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych: (liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)	1
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?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie
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:	
b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie
W przypadku odpowiedzi „Na części stron tak, na części nie” – prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informacje o zakresie swojej działalności w postaci nagrania treści w polskim języku migowym:	
c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie
W przypadku odpowiedzi „Na części stron tak, na części nie” – prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informacje o zakresie swojej działalności w postaci informacji w tekście łatwym do czytania:	
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)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba wniosków – ogółem:	
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)	

<input type="checkbox"/> Wzrost i rozwój <input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Wzrost i rozwój Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała
<input type="checkbox"/> Ciężar ciała <input type="checkbox"/> Ciężar ciała	Ciężar ciała Ciężar ciała

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)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby:	
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	
2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego:	
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	
3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu:	
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	
4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej:	
Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej:	
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	

Legend: YES - the algorithm is correct, NO - the algorithm is incorrect, NA - not applicable

Question	Response
1. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
2. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
3. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
4. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
5. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
6. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
7. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
8. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
9. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
10. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
11. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
12. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
13. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
14. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
15. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
16. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
17. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
18. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
19. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES
20. Does the algorithm correctly identify the patient's condition?	YES