

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

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 Uzd, 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)

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)

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)

S | E | K | R | E | T | A | R | I | A | T | @ | L | O | W | I | E | C | B | O | R | K | . | P | L

52 3897066
(telefon kontaktowy)

WIĘCBORK, 25 MARCA 2025 r.
(miejsowość, data)

**PEŁNIĄCY OBOWIĄZKI
DYREKTORA SZKOŁY**

mgr Mateusz Łański