**Załącznik nr 6 do procedury**

**Wzór raportu z audytu wstępnego**

**RAPORT Z AUDYTU WSTĘPNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **(miejscowość, data)** |  |

Spis treści

[1. Informacje o audycie dostępności 21](#_Toc204855473)

[2. Dostępność architektoniczna 23](#_Toc204855474)

[2.1 Dojście do budynku 23](#_Toc204855475)

[Szerokość chodnika 23](#_Toc204855476)

[Nawierzchnia chodnika 26](#_Toc204855477)

[Nachylenie chodnika 27](#_Toc204855478)

[Oświetlenie dojścia do przychodni 27](#_Toc204855479)

[Oznaczenia dla osób niewidomych i niewidzących 28](#_Toc204855480)

[Miejsca odpoczynku przy chodniku 29](#_Toc204855481)

[2.2 Schody w przestrzeni publicznej (terenowe) 30](#_Toc204855482)

[Schody, a chodniki 30](#_Toc204855483)

[Szerokość schodów 31](#_Toc204855484)

[Stopnie schodów 31](#_Toc204855485)

[Spoczniki 32](#_Toc204855486)

[Balustrady 32](#_Toc204855487)

[Pochwyty 33](#_Toc204855488)

[Oznaczenie schodów 36](#_Toc204855489)

[Nawierzchnia schodów 38](#_Toc204855490)

[Oświetlenie schodów 39](#_Toc204855491)

[2.3 Droga z przystanku do budynku 39](#_Toc204855492)

[Bliskość przystanku 39](#_Toc204855493)

[2.4 Miejsca parkingowe 40](#_Toc204855494)

[Lokalizacja miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnością 40](#_Toc204855495)

[Liczba miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnością 41](#_Toc204855496)

[Dostęp do chodnika 42](#_Toc204855497)

[Wymiary miejsc 43](#_Toc204855498)

[Oznaczenia 44](#_Toc204855499)

[2.5 Schody zewnętrzne 45](#_Toc204855500)

[Schody a chodniki 45](#_Toc204855501)

[Szerokość schodów 46](#_Toc204855502)

[Stopnie 46](#_Toc204855503)

[Spoczniki 48](#_Toc204855504)

[Balustrady 48](#_Toc204855505)

[Poręcze (pochwyty) 49](#_Toc204855506)

[Oznaczenia 53](#_Toc204855507)

[Nawierzchnia 55](#_Toc204855508)

[Oświetlenie 56](#_Toc204855509)

[Zadaszenie 56](#_Toc204855510)

[2.6 Pochylnia zewnętrzna 57](#_Toc204855511)

[Szerokość pochylni 57](#_Toc204855512)

[Nachylenie 58](#_Toc204855513)

[Długość odcinka pochylni 59](#_Toc204855514)

[Spoczniki 60](#_Toc204855515)

[Poręcze 61](#_Toc204855516)

[Początek i koniec pochylni 63](#_Toc204855517)

[Oznaczenie 64](#_Toc204855518)

[Nawierzchnia pochylni 65](#_Toc204855519)

[Oświetlenie pochylni 66](#_Toc204855520)

[KOMUNIKACJA PIONOWA NA ZEWNĄTRZ BUDYNKU 67](#_Toc204855521)

[2.7 Podnośniki 67](#_Toc204855522)

[Podnośnik schodowy (ukośny/poręczowy) 67](#_Toc204855523)

[Podnośnik pionowy 69](#_Toc204855524)

[2.8 Winda (dźwig osobowy) – *na zewnątrz budynku* 71](#_Toc204855525)

[Gdzie powinna znajdować się winda? 71](#_Toc204855526)

[Wejście do windy 72](#_Toc204855527)

[Panel zewnętrzny 74](#_Toc204855528)

[Kabina windy 76](#_Toc204855529)

[Panel wewnętrzny 78](#_Toc204855530)

[2.9 Wejście do budynku 82](#_Toc204855531)

[Przestrzeń przed i za wejściem 82](#_Toc204855532)

[Drzwi zewnętrzne i wewnętrzne 83](#_Toc204855533)

[Dzwonek lub przycisk przywołania 88](#_Toc204855534)

[Przedsionek (wiatrołap) 89](#_Toc204855535)

[Wycieraczki 90](#_Toc204855536)

[KOMUNIKACJA WEWNĄTRZ BUDYNKU 91](#_Toc204855537)

[2.10 Schody wewnętrzne 91](#_Toc204855538)

[Schody a ciągi piesze 91](#_Toc204855539)

[Szerokość schodów 91](#_Toc204855540)

[Wymiary stopni 92](#_Toc204855541)

[Spoczniki 93](#_Toc204855542)

[Balustrady 93](#_Toc204855543)

[Poręcze (pochwyty) 94](#_Toc204855544)

[Nawierzchnia 98](#_Toc204855545)

[Oświetlenie 99](#_Toc204855546)

[Oznaczenia 99](#_Toc204855547)

[2.11 Pochylnia wewnętrzna 101](#_Toc204855548)

[Szerokość biegu 101](#_Toc204855549)

[Nachylenie pochylni 101](#_Toc204855550)

[Długość pojedynczego odcinka 102](#_Toc204855551)

[Spoczniki 102](#_Toc204855552)

[Pochwyty 103](#_Toc204855553)

[Krawężnik/ogranicznik 106](#_Toc204855554)

[Płaszczyzna ruchu 107](#_Toc204855555)

[Oznaczenie pochylni 108](#_Toc204855556)

[Nawierzchnia pochylni 108](#_Toc204855557)

[Oświetlenie 109](#_Toc204855558)

[2.12 Podnośnik 110](#_Toc204855559)

[Podnośnik schodowy (ukośny/poręczowy) 110](#_Toc204855560)

[Podnośnik pionowy 112](#_Toc204855561)

[2.13 Winda (dźwig osobowy) – *wewnątrz budynku* 113](#_Toc204855562)

[Umiejscowienie windy 113](#_Toc204855563)

[Wejście do windy 114](#_Toc204855564)

[Panel zewnętrzny 116](#_Toc204855565)

[Kabina 118](#_Toc204855566)

[Panel wewnętrzny 120](#_Toc204855567)

[2.14 Korytarze (ciągi komunikacyjne poziome) 124](#_Toc204855568)

[Szerokość i wysokość korytarzy 124](#_Toc204855569)

[Miejsca do odpoczynku 125](#_Toc204855570)

[Podłoga w korytarzach 127](#_Toc204855571)

[2.15 Rejestracja i informacja 128](#_Toc204855572)

[Lokalizacja 128](#_Toc204855573)

[Lada w rejestracji 129](#_Toc204855574)

[Jak komunikować się z pacjentem 131](#_Toc204855575)

[Podłoga i wyposażenie 133](#_Toc204855576)

[Strefa oczekiwania 135](#_Toc204855577)

[Przestrzeń dla pracowników 136](#_Toc204855578)

[Drzwi 137](#_Toc204855579)

[Wnętrze strefy dla pracownika 138](#_Toc204855580)

[Stanowisko pracy 138](#_Toc204855581)

[INFORMACJE O ROZKŁADZIE POMIESZCZEŃ W BUDYNKU 140](#_Toc204855582)

[2.16 Zapewnienie informacji o planie pomieszczeń 140](#_Toc204855583)

[Plany pomieszczeń 140](#_Toc204855584)

[System oznaczeń 143](#_Toc204855585)

[Urządzenia i środki techniczne ułatwiające orientację i poruszanie się po budynku 145](#_Toc204855586)

[GABINETY LEKARSKIE I ZABIEGOWE 146](#_Toc204855587)

[2.17 Gabinety lekarskie 146](#_Toc204855588)

[Przestrzeń przed wejściem 147](#_Toc204855589)

[Drzwi 147](#_Toc204855590)

[Wnętrze gabinetu 149](#_Toc204855591)

[Wyposażenie gabinetu 154](#_Toc204855592)

[Stanowisko pracy 156](#_Toc204855593)

[2.18 Gabinety zabiegowe 158](#_Toc204855594)

[Przestrzeń przed wejściem 158](#_Toc204855595)

[Drzwi 159](#_Toc204855596)

[Wnętrze gabinetu zabiegowego 161](#_Toc204855597)

[Wyposażenie gabinetu 166](#_Toc204855598)

[Stanowisko pracy 168](#_Toc204855599)

[POMIESZCZENIA HIGIENICZNO-SANITARNE 170](#_Toc204855600)

[2.19 Toaleta 170](#_Toc204855601)

[Położenie toalety 170](#_Toc204855602)

[Miejsce do manewrowania 171](#_Toc204855603)

[Drzwi 171](#_Toc204855604)

[Włącznik światła 173](#_Toc204855605)

[Miska ustępowa 174](#_Toc204855606)

[Papier toaletowy 178](#_Toc204855607)

[Umywalka 179](#_Toc204855608)

[Alarm 183](#_Toc204855609)

[Ściany i podłogi 184](#_Toc204855610)

[2.20 Komfortka 186](#_Toc204855611)

[Przestrzeń przed wejściem 186](#_Toc204855612)

[Drzwi 187](#_Toc204855613)

[Pomieszczenie 189](#_Toc204855614)

[Wyposażenie 193](#_Toc204855615)

[Alarm 195](#_Toc204855616)

[POMIESZCZENIA TOWARZYSZĄCE 197](#_Toc204855617)

[2.21 Pokój dla osoby z dzieckiem 197](#_Toc204855618)

[Miejsce przed wejściem 197](#_Toc204855619)

[Drzwi 198](#_Toc204855620)

[Wnętrze pomieszczenia 200](#_Toc204855621)

[Umywalka 202](#_Toc204855622)

[Przewijak 206](#_Toc204855623)

[2.22 Pomieszczenie dla personelu /socjalne 207](#_Toc204855624)

[Miejsce przed wejściem 208](#_Toc204855625)

[Drzwi 208](#_Toc204855626)

[Wnętrze pomieszczenia 210](#_Toc204855627)

[Zlew i umywalka 212](#_Toc204855628)

[Blat roboczy 216](#_Toc204855629)

[Stół jadalny 216](#_Toc204855630)

[Szafki 217](#_Toc204855631)

[2.23 Pies asystujący 218](#_Toc204855632)

[Pies asystujący/do dogoterapii 218](#_Toc204855633)

[EWAKUACJA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI 220](#_Toc204855634)

[2.24 Ewakuacja 220](#_Toc204855635)

[Oznaczenia ewakuacyjne 220](#_Toc204855636)

[Plan ewakuacji 221](#_Toc204855637)

[System alarmowy 221](#_Toc204855638)

[Procedura ewakuacji 222](#_Toc204855639)

[Drzwi wejściowe 223](#_Toc204855640)

[Oświetlenie awaryjne 224](#_Toc204855641)

[2.25 Dodatkowe działania dla bezpieczeństwa osób ze szczególnymi potrzebami 225](#_Toc204855642)

[Informacje dotykowe 225](#_Toc204855643)

[Urządzenia do ewakuacji 225](#_Toc204855644)

[Pomieszczenie oczekiwania na ratunek 226](#_Toc204855645)

[Informacja wizualna 227](#_Toc204855646)

[3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna 227](#_Toc204855647)

[3.1 Wsparcie komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami – słuch i mowa 228](#_Toc204855648)

[Informacja o dostępnych formach kontaktu 228](#_Toc204855649)

[Kontakt poprzez formularz kontaktowy oraz e-mail 229](#_Toc204855650)

[Wiadomości tekstowe SMS, MMS lub z wykorzystaniem komunikatorów 231](#_Toc204855651)

[Połączenia wideo 234](#_Toc204855652)

[Strona internetowa 234](#_Toc204855653)

[3.2 Sprzęt wspierający osoby z trudnościami w słyszeniu i mówieniu 235](#_Toc204855654)

[Pętle indukcyjne, systemy FM, IR, Bluetooth i inne 235](#_Toc204855655)

[Obsługa urządzeń przez personel 237](#_Toc204855656)

[Oznaczenie punktów obsługi pacjenta wyposażonych w urządzenia wspomagające słyszenie 238](#_Toc204855657)

[Dodatkowe systemy komunikacji 239](#_Toc204855658)

[Instrukcja obsługi 240](#_Toc204855659)

[ORGANIZACJA I PROCEDURY ZAPEWNIJĄCE DOSTĘPNOŚĆ 241](#_Toc204855660)

[3.3 Informacje o zakresie działalności placówki zamieszczone na stronie internetowej 241](#_Toc204855661)

[Opis działalności placówki w formie pliku tekstowego 242](#_Toc204855662)

[Opis działalności placówki w polskim języku migowym 243](#_Toc204855663)

[Opis działalności placówki w języku łatwym do czytania (ETR) 244](#_Toc204855664)

[Aktualizacja strony internetowej 245](#_Toc204855665)

[Rejestr dostępu alternatywnego 245](#_Toc204855666)

[3.4 Wniosek o poprawę komunikacji 246](#_Toc204855667)

[Komunikacja na wniosek pacjenta 246](#_Toc204855668)

[Złożenie wniosku przez osoby trzecie 249](#_Toc204855669)

[3.5 Organizacja dostępności w placówce 250](#_Toc204855670)

[Koordynator do spraw dostępności 250](#_Toc204855671)

[Asystent pacjenta ze szczególnymi potrzebami 251](#_Toc204855672)

[Kontrola procedur 252](#_Toc204855673)

[Sprzęt medyczny zwiększający dostępność 253](#_Toc204855674)

[Procedury na stronie internetowe 254](#_Toc204855675)

[3.6 Wnioski i skargi dotyczące dostępności 255](#_Toc204855676)

[Rejestr wniosków 255](#_Toc204855677)

[3.7 Badanie dostępności 256](#_Toc204855678)

[Przegląd dostępności placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami 256](#_Toc204855679)

[Audyt dostępności 257](#_Toc204855680)

[KADRA PLACÓWKI 258](#_Toc204855681)

[3.8 Szkolenia 258](#_Toc204855682)

[Szkolenie z dostępności 258](#_Toc204855683)

[Szkolenie z zasad savoir-vivre’u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami 259](#_Toc204855684)

[Szkolenie z komunikacji 260](#_Toc204855685)

[Szkolenie ze standardu dostępnej wizyty medycznej 260](#_Toc204855686)

[Znajomość procedur dostępności 261](#_Toc204855687)

[Oznaczenia identyfikujące personel 263](#_Toc204855688)

[4. Dostępność cyfrowa 264](#_Toc204855689)

[4.1 Dostępna strona internetowa placówki 264](#_Toc204855690)

[Postrzegalność. Kryterium sukcesu 264](#_Toc204855691)

[Funkcjonalność. Kryterium sukcesu 266](#_Toc204855692)

[Zrozumiałość. Kryterium sukcesu 268](#_Toc204855693)

[Kompatybilność. Kryterium sukcesu 269](#_Toc204855694)

[4.2 Deklaracja dostępności 270](#_Toc204855695)

[Zgodność deklaracji z tabelą identyfikatorów 272](#_Toc204855696)

[4.3 Dostępność aplikacji mobilnych 273](#_Toc204855697)

[Funkcjonalność. Kryterium sukcesu 275](#_Toc204855698)

[Zrozumiałość. Kryterium sukcesu 276](#_Toc204855699)

[Kompatybilność. Kryterium sukcesu 277](#_Toc204855700)

[4.4 Cyfrowy kontakt z pacjentem 278](#_Toc204855701)

[Tłumacz polskiego języka migowego on-line 278](#_Toc204855702)

[Pętla indukcyjna 278](#_Toc204855703)

[Urządzenia do komunikacji alternatywnej 279](#_Toc204855704)

[4.5 Teleopieka 280](#_Toc204855705)

[Kontakt (połącznie) audio-wideo 280](#_Toc204855706)

[Kontakt za pośrednictwem RTT (Real-Time-Text) 280](#_Toc204855707)

[4.6 Dokumenty 281](#_Toc204855708)

[Dokument opisujący zakres działalności placówki w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo 281](#_Toc204855709)

[Dokument opisujący zakres działalności placówki w postaci nagrania treści w polskim języku migowym 282](#_Toc204855710)

[Dokument opisujący zakres działalności placówki w formie tekstu łatwego do czytania i zrozumienia ETR 282](#_Toc204855711)

[4.7 Szkolenie z kompetencji cyfrowych 283](#_Toc204855712)

[Szkolenia dla redaktora tekstów zamieszczanych na stronie internetowej Placówki? 283](#_Toc204855713)

[5. Podsumowanie 284](#_Toc204855714)

[5.1 Główne bariery występujące w placówce 284](#_Toc204855715)

[5.2 Kluczowe rekomendacje w zakresie działań poprawiających dostępność – lista według kryteriów i zaleceń audytora 285](#_Toc204855716)

[6. Załączniki 285](#_Toc204855717)

1. DANE PODMIOTU REALIZUJĄCEGO AUDYT

**Data przeprowadzenia audytu**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu przeprowadzającego audyt |  |

**Zespół audytowy**:

|  |  |
| --- | --- |
| Audytor 1: (imię i nazwisko, zakres dostępności) |  |
| Audytor 2: (imię i nazwisko, zakres dostępności) |  |
| Audytor 3: (imię i nazwisko, zakres dostępności) |  |

1. DANE PODMIOTU ZLECAJĄCEGO AUDYT (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu |  |

Adres podmiotu (miejsce przeprowadzania audytu):

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miasto |  |
| Województwo |  |

Osoba upoważniona do reprezentacji placówki i podejmowania decyzji:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię, nazwisko |  |
| Stanowisko |  |

Osoba odpowiedzialna za audyt wstępny po stronie placówki:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię, nazwisko |  |
| Stanowisko |  |

1. DANE MIEJSCA REALIZACJI AUDYTU

Nazwa placówki:

|  |  |
| --- | --- |
| Adres podmiotu: |  |
| Ulica |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miasto |  |
| Województwo |  |

Audyt przeprowadzono w jednej (1) lokalizacji, rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń - **Tak/Nie**

1. CHARAKTERYSTYKA PLACÓWKI AOS:

|  |  |
| --- | --- |
| Powierzchnia użytkowa budynku |  |

Powierzchnia, którą użytkuje AOS:

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj realizowanych świadczeń zdrowotnych: (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja, leczenie szpitalne, inne) |  |
| Czy budynek jest objęty ochroną konserwatorską? Tak/Nie |  |
| Jeżeli tak, to jaką? (jeżeli nie zostaw puste) |  |
| Wpis do rejestru zabytków - wprowadź Tak lub Nie |  |
| Wpis do gminnej ewidencji zabytków - wprowadź Tak lub Nie |  |
| Obszarowa ochrona konserwatorska - wprowadź Tak lub Nie |  |
| Liczba wejść do budynku, w tym liczba wejść do AOS |  |
| Wejście do budynku odrębne dla pacjentów AOS czy wspólne pacjentami innego rodzaju świadczeń - wprowadź Tak lub Nie |  |
| Jeśli wspólne to podać z jakimi |  |
| Liczba kondygnacji w budynku: |  |
| Na ilu kondygnacjach jest AOS? |  |
| Na której/których kondygnacjach jest AOS? |  |
| Liczba klatek schodowych w budynku: |  |
| Czy jest winda? Wprowadź Tak lub Nie |  |
| Jeśli „Tak”, jest winda to odrębna dla pacjentów AOS czy też dla pacjentów innego rodzaju świadczeń? |  |
| Rejestracja odrębna dla pacjentów AOS czy wspólna z pacjentami innego rodzaju świadczeń - wprowadź Tak lub Nie |  |
| Jeśli wspólna to podać z jakimi: |  |
| Gabinety odrębnie dla pacjentów AOS czy też dla pacjentów innego rodzaju świadczeń? Wprowadź Tak lub Nie |  |
| Jeśli wspólne to podać z jakimi: |  |
| Liczba gabinetów lekarskich każdej specjalności: |  |
| Liczba gabinetów zabiegowych: |  |
| Liczba pracowni diagnostycznych: |  |
| Rodzaje pracowni diagnostycznych: |  |
| Ciągi komunikacyjne (poczekalnia) odrębna dla pacjentów AOS czy wspólna z pacjentami innego rodzaju świadczeń - wprowadź Tak lub Nie |  |
| Jeśli wspólna to podać z jakimi: |  |
| Toaleta odrębna dla pacjentów AOS czy wspólna z pacjentami innego rodzaju świadczeń - wprowadź Tak lub Nie |  |
| Jeśli wspólna to podać z jakimi: |  |
| Parking odrębny dla pacjentów AOS czy wspólny z pacjentami innego rodzaju świadczeń, wprowadź Tak lub Nie |  |
| Jeśli wspólna to podać z jakimi |  |

1. STAN PRAWNY NIERUCHOMOŚCI:

|  |  |
| --- | --- |
| Prawo własności: wprowadź Tak lub Nie |  |
| Wieczyste użytkowanie: wprowadź Tak lub Nie |  |
| Użytkowanie: wprowadź Tak lub Nie |  |
| Wprowadź do kiedy jest czas władania na podstawie użytkowania |  |
| Dzierżawa: wprowadź Tak lub Nie |  |
| Wprowadź do kiedy jest czas trwania umowy dzierżawy |  |
| Umowa najmu: Tak/Nie |  |
| Wprowadź do kiedy jest czas trwania umowy najmu |  |

1. PERSONEL PLACÓWKI

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba lekarzy każdej specjalności: |  |
| Liczba pielęgniarek: |  |
| Liczba położnych: |  |
| Liczba osób pracujących w rejestracji: |  |
| Czy w placówce jest wyznaczony koordynator ds. dostępności – wprowadź Tak lub Nie |  |

# Informacje o audycie dostępności

* 1. Cel i zakres audytu

Celem audytu jest określenie poziomu dostępności placówki w zakresie architektonicznym, informacyjno-komunikacyjnym i cyfrowym w oparciu o „Standard Dostępności AOS” opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Audyt ma charakter wstępny i został przeprowadzony, aby aplikować o grant w naborze grantowym nr 1/AOS/2025, realizowanym w ramach projektu grantowego „Dostępność Plus dla AOS” (nr (FERS.03.07-IP.07-0001/23).

* 1. Metodologia przeprowadzenia audytu

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres architektoniczny: (należy wskazać zastosowaną metodologię np. obserwacja, analiza dokumentacji, wywiady z personelem i pacjentami) |  |
| Zakres informacyjno-komunikacyjny: (należy wskazać zastosowaną metodologię np. obserwacja, analiza dokumentacji, wywiady z personelem i pacjentami) |  |
| Zakres cyfrowy: (należy wskazać zastosowaną metodologię np. obserwacja, analiza dokumentacji, wywiady z personelem i pacjentami) |  |

* 1. Zasady wypełniania raportu:

W kolumnie **„Czy aktualnie jest spełniony wymóg?”** wpisujemy TAK lub NIE lub CZĘŚCIOWO lub NIE DOTYCZY (w przypadku, gdy dany parametr nie występuje w placówce, np. brak windy). Jeżeli odpowiedź brzmi TAK, nie wypełniamy kolumny „**Działanie poprawiające dostępność”.** Jeżeli odpowiedź jest NIE lub CZĘŚCIOWO, to w kolumnie „**Działanie poprawiające dostępność”** wpisujemy dokładny opis działań, jakie powinna podjąć placówka, aby poprawić dostępność dla danego parametru. Jeżeli nie jest możliwe działanie poprawiające dostępność (np. budynek zabytkowy, problem z uzyskaniem zgody na przebudowę) należy wpisać konkretny powód braku realizacji. Jeżeli zdaniem audytora działanie może być zrealizowane w ramach grantu „Dostępność Plus dla AOS”, w ostatniej kolumnie wpisujemy **TAK.**

# Dostępność architektoniczna

## 2.1 Dojście do budynku

### Szerokość chodnika

| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Szerokość ciągów pieszych nie mniejsza niż 150 cm |  |  |  |  |
| Brak przeszkód terenowych i zawężeń (np. znaki drogowe, tablice reklamowe, przystanki autobusowe, stojaki na rowery, ławki, kosze na śmieci) |  |  |  |  |
| Skrajnia minimum 30 cm |  |  |  |  |
| Szerokość ciągów pieszych nie mniejsza niż 150 cm |  |  |  |  |
| Brak przeszkód terenowych i zawężeń (np. znaki drogowe, tablice reklamowe, przystanki autobusowe, stojaki na rowery, ławki, kosze na śmieci) |  |  |  |  |
| Skrajnia minimum 30 cm |  |  |  |  |

### Nawierzchnia chodnika

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równa |  |  |  |  |
| Twarda |  |  |  |  |
| Z jednorodnego materiału |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa - powierzchnie nieszkliwione |  |  |  |  |
| Brak płyt ażurowych i nawierzchni nieustabilizowanych, takich jak grys, kamienie czy geokrata |  |  |  |  |

### Nachylenie chodnika

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Nachylenie podłużne max 5% |  |  |  |  |
| Nachylenie poprzeczne max 2% |  |  |  |  |
| Krawężniki na dojściach o wysokości maksymalnej do 2 cm |  |  |  |  |

### Oświetlenie dojścia do przychodni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Brak rzucania ostrych cieni od słońca |  |  |  |  |
| Oświetlenie ciągów pieszych równomierne światłem sztucznym min. 30 lx |  |  |  |  |
| Źródła światła sztucznego na wysokości min. 2,0 m. Brak źródła światła w posadzce |  |  |  |  |

### Oznaczenia dla osób niewidomych i niewidzących

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Oznaczenia fakturowe kierunku (zmianę kierunku należy stosować przy przystankach komunikacji zbiorowej, zmianie kierunku na chodniku i w strefie bezpośredniej przy placówce opieki zdrowotnej) |  |  |  |  |

### Miejsca odpoczynku przy chodniku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Miejsce odpoczynku maksymalnie co 50 m |  |  |  |  |
| Ławki/siedziska z podłokietnikami |  |  |  |  |
| Ławki/siedziska z oparciami |  |  |  |  |
| Wysokość siedziska 42-48 cm |  |  |  |  |
| Głębokość siedziska minimum 50 cm |  |  |  |  |
| W sąsiedztwie siedziska zapewnione miejsce na odłożenie sprzętu rehabilitacyjnego |  |  |  |  |
| Możliwość postoju osoby poruszającej się na wózku poza ciągiem pieszym o wymiarach głębokość min 150 cm i szerokość 90 cm. |  |  |  |  |

## 2.2 Schody w przestrzeni publicznej (terenowe)

### Schody, a chodniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Ciągi minimum 150 cm |  |  |  |  |

### Szerokość schodów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Min 120 cm |  |  |  |  |

### Stopnie schodów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Liczba stopni od 3 do 10 |  |  |  |  |
| Wysokość nie większa niż 15 cm |  |  |  |  |
| Głębokość min. 35 cm |  |  |  |  |
| Nie są to schody zabiegowe i wachlarzowe |  |  |  |  |
| Nie są to schody z noskami i podcięciami |  |  |  |  |

### Spoczniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Szerokość przy zmianie kierunku ruchu minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |

### Balustrady

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Po obu stronach min 110 cm |  |  |  |  |
| Przerwy w balustradzie są mniejsze niż 12 cm |  |  |  |  |
| Jeśli występują szklane balustrady, są skontrastowane w połowie wysokości pasem o szerokości minimum 10 cm |  |  |  |  |

### Pochwyty

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są dla każdych schodów bez względu na różnicę poziomów |  |  |  |  |
| Są po obu stronach |  |  |  |  |
| Jeśli ciąg schodów powyżej 4 m to pochwyt pośredni dzielący szerokość schodów znajduje się pośrodku |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 90 – 100 cm mierzone od górnej krawędzi oraz na wysokości 60-75 cm |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 90 – 100 cm mierzone od górnej krawędzi oraz na wysokości 60-75 cm |  |  |  |  |
| Pośrednia poręcz na wysokości 90 – 100 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Kontrastują kolorem z otoczeniem |  |  |  |  |
| Przekrój - koło albo elipsa |  |  |  |  |
| Przekrój - średnica od 3,5 do 4,5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany do prawego pochwytu minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany do lewego pochwytu minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt zawinięty na górze i na dole |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |

### Oznaczenie schodów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Skontrastowane krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia każdego biegu schodów na krawędzi poziomej i krawędzi pionowej pasem o szerokości 5 cm, skontrastowanym kolorystycznie względem powierzchni stopni i różniącym się od faktury powierzchni |  |  |  |  |
| W przypadku biegu o trzech stopniach oznakowane wszystkie trzy stopnie |  |  |  |  |
| Przed dojściem do schodów w odległości 50 cm przed krawędzią pierwszego i ostatniego stopnia schodów jest ostrzeżenie dotykowe o szerokości 40–60 cm |  |  |  |  |

### Nawierzchnia schodów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa R 10 |  |  |  |  |

### Oświetlenie schodów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Światło sztuczne minimum 30 lx |  |  |  |  |

## 2.3 Droga z przystanku do budynku

### Bliskość przystanku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Odległość od wejścia głównego nie większa niż 50 m |  |  |  |  |
| Odległość od okien budynku nie mniejsza niż 5 m |  |  |  |  |

## 2.4 Miejsca parkingowe

### Lokalizacja miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnością

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Min. 1 stanowisko – jeżeli liczba stanowisk wynosi do 15 |  |  |  |  |
| Min. 2 stanowiska – jeżeli liczba stanowisk wynosi od 16 do40 |  |  |  |  |
| Min. 3 stanowiska – jeżeli liczba stanowisk wynosi od 41 do 100 |  |  |  |  |
| 4% ogólnej liczby stanowisk, jeżeli liczba stanowisk wynosi więcej niż 100 |  |  |  |  |

### Liczba miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnością

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Miejsce postojowe jest równe |  |  |  |  |
| Nachylenie poziome nieprzekraczające 2% |  |  |  |  |
| Nachylenie poprzeczne nieprzekraczające 2% |  |  |  |  |
| Miejsce postojowe posiada antypoślizgową nawierzchnię - odpowiednia farba drogowa o stosownych atestach |  |  |  |  |
| Brak wpustów rynienek odprowadzających wodę i studzienek kanalizacyjnych w obszarze miejsca postojowego |  |  |  |  |

### Dostęp do chodnika

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Z miejsca postojowego jest zapewnione wejście na ciąg pieszy pozbawione krawężników -maksymalna dopuszczalna różnica poziomów poniżej 2 cm |  |  |  |  |
| Zapewnione dojście / dojazd do chodnika, jeśli ten znajduje się na innym poziomie niż miejsce postojowe, za pomocą pochylni; dojście nie prowadzi przez ciągi komunikacji kołowej lub pieszo-jezdnej |  |  |  |  |

### Wymiary miejsc

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Miejsce prostopadłe i ukośne - szerokość minimum 360 cm |  |  |  |  |
| Miejsce prostopadłe i ukośne -długość minimum 500 cm |  |  |  |  |
| Miejsce równoległe – szerokość minimum 360 cm |  |  |  |  |
| Miejsce równoległe – długość minimum 600 cm |  |  |  |  |
| Szerokość dla dostosowanych busów minimum 360 cm |  |  |  |  |
| Długość dla dostosowanych busów minimum 900 cm |  |  |  |  |

### Oznaczenia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Miejsce postojowe oznakowane oznaczeniem poziomym (P-24) |  |  |  |  |
| Miejsce postojowe oznakowane znakiem pionowym (D-18 „parking” lub D-18b „parking zadaszony”) |  |  |  |  |
| Miejsce postojowe oznakowane tabliczką T-29 |  |  |  |  |
| Miejsce postojowe dla osób z niepełnosprawnością oznaczone kolorem niebieskim |  |  |  |  |

## 2.5 Schody zewnętrzne

### Schody a chodniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Ciągi minimum 180 cm |  |  |  |  |

### Szerokość schodów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Min 140 cm |  |  |  |  |

### Stopnie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Liczba stopni od 3 do 10 |  |  |  |  |
| Wysokość nie większa niż 15 cm i nie mniejsza niż 12 cm |  |  |  |  |
| Głębokość min. 35 cm (nastopnica) |  |  |  |  |
| Nie są to schody zabiegowe i wachlarzowe |  |  |  |  |
| Nie są to schody z noskami i podcięciami |  |  |  |  |
| Liczba stopni od 3 do 10 |  |  |  |  |
| Wysokość nie większa niż 15 cm i nie mniejsza niż 12 cm |  |  |  |  |
| Głębokość min. 35 cm |  |  |  |  |
| Schody są proste – nie są kręte, ażurowe (z dziurami) i nie mają wystających krawędzi |  |  |  |  |
| Schody nie posiadają nosków i podcięć |  |  |  |  |

### Spoczniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przy zmianie kierunku ruchu zapewniona jest przestrzeń minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |

### Balustrady

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są po obu stronach na wysokości min 110 cm (jeśli różnica poziomów powyżej 50 cm) |  |  |  |  |
| Przerwy między elementami balustrady nie większe niż 12 cm |  |  |  |  |
| Jeśli występują szklane balustrady, są skontrastowane w połowie wysokości pasem o szerokości minimum 10 cm |  |  |  |  |

### Poręcze (pochwyty)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są - dla każdych schodów bez względu na różnicę poziomów |  |  |  |  |
| Są po obu stronach |  |  |  |  |
| W przypadku schodów o szerokości 4 m poręcz dzieląca powinna być na szerokości 2 m od obu końców. W przypadku schodów o szerokości 5 m poręcz środkowa powinna być zamontowana na szerokości 2,5 m od obu końców |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 90 – 100 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 90 – 100 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Pośrednia poręcz na wysokości 90 – 100 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 60 – 75 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 60 – 75 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Pośrednia poręcz na wysokości 60 – 75 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Kontrastują kolorem z otoczeniem |  |  |  |  |
| Przekrój - koło albo elipsa |  |  |  |  |
| Przekrój - średnica od 3,5 do 4,5 |  |  |  |  |
| Odległość od ściany do prawego pochwytu minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany do lewego pochwytu minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt zawinięty na górze i na dole |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |

### Oznaczenia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Skontrastowane krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia każdego biegu schodów na krawędzi poziomej i krawędzi pionowej pasem o szerokości 5 cm, skontrastowanym kolorystycznie względem powierzchni stopni i różniącym się od faktury powierzchni |  |  |  |  |
| W przypadku biegu o trzech stopniach oznakowane wszystkie trzy stopnie |  |  |  |  |
| Przed dojściem do schodów w odległości 50 cm przed krawędzią pierwszego i ostatniego stopnia schodów faktura ostrzegawcza o szerokości minimum 40 cm i maksimum 60 cm (na całej szerokości schodów) |  |  |  |  |

### Nawierzchnia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa R 10 |  |  |  |  |
| Elementy leżące na schodach (np. Wycieraczki) trwale do nich przymocowane |  |  |  |  |

### Oświetlenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Światło sztuczne minimum 30 lx |  |  |  |  |

### Zadaszenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Schody zewnętrzne są zadaszone |  |  |  |  |
| Minimalna wysokość zadaszenia 240 cm. |  |  |  |  |

## 2.6 Pochylnia zewnętrzna

### Szerokość pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 1,2 m między krawężnikami |  |  |  |  |

### Nachylenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| do 15 cm różnicy wysokości bez zadaszenia maksymalnie 15% |  |  |  |  |
| 0d 15 do 50 cm różnicy wysokości bez zadaszenia maksymalnie 8% |  |  |  |  |
| Powyżej 50 cm różnicy wysokości bez zadaszenia maksymalnie 6% |  |  |  |  |
| Do 15 cm różnicy wysokości zadaszenie  maksymalnie 15% |  |  |  |  |
| Od 15 do 50 cm różnicy wysokości zadaszenie maksymalnie 10% |  |  |  |  |
| Powyżej 50 cm różnicy wysokości zadaszenie maksymalnie 8% |  |  |  |  |

### Długość odcinka pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Maksymalnie 9 m |  |  |  |  |

### Spoczniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Spocznik pośredni (między odcinkami) minimum 120 cm szerokości na 140 cm długości |  |  |  |  |
| Wymiary spocznika, na którym występuje zmiana kierunku pochylni: minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |

### Poręcze

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są po obu stronach |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 90 cm mierzona do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 75 cm mierzona do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 90 cm mierzona do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 75 cm mierzona do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Przekrój - koło albo elipsa |  |  |  |  |
| Przekrój - średnica od 3,5 do 4,5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany prawego pochwytu 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany lewego pochwytu 5 cm |  |  |  |  |
| Odstęp między poręczami od 100 cm do 110 cm |  |  |  |  |
| Kontrastują kolorem z otoczeniem |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg pochylni |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg pochylni |  |  |  |  |

### Początek i koniec pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Zapewniona płaska powierzchnia o wymiarach minimum 120 cm szerokości i 150 cm długości |  |  |  |  |
| Jeśli pochylnia kończy się przed drzwiami - zapewnione jest miejsce do manewrowania minimum 150 cm na 150 cm poza zasięgiem otwierania drzwi. |  |  |  |  |

### Oznaczenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| W odległości 50 cm przed początkiem i końcem pochylni faktura ostrzegawcza o szerokości minimum 40 cm i maksimum 60 cm (na całej szerokości pochylni) |  |  |  |  |

### Nawierzchnia pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Twarda |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa minimum R10 |  |  |  |  |

### Oświetlenie pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Oświetlone światłem sztucznym min 30 lx |  |  |  |  |

# KOMUNIKACJA PIONOWA NA ZEWNĄTRZ BUDYNKU

## 2.7 Podnośniki

### Podnośnik schodowy (ukośny/poręczowy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Podnośnik umiejscowiony jak najbliżej wejścia do placówki |  |  |  |  |
| Są informacje wskazujące drogę dotarcia do urządzenia |  |  |  |  |
| Otoczenie podnośnika zewnętrznego oświetlone światłem sztucznym o natężeniu minimum 30 lx |  |  |  |  |
| Podnośnik ma wymiary platformy nie mniejsze niż 75 cm x 110 cm |  |  |  |  |
| Udźwig podnośnika nie mniejszy niż 250 kg |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w barierki zabezpieczające przed stoczeniem się kół wózka z podnośnika o wysokości minimum 7 cm od poziomu platformy |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w pochwyty zabezpieczające na wysokości 75 cm - 90 cm od poziomu platformy |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w przycisk przywoływania pomocy |  |  |  |  |

### Podnośnik pionowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Podnośnik umiejscowiony jak najbliżej wejścia do placówki |  |  |  |  |
| Są informacje wskazujące drogę dojścia do urządzenia |  |  |  |  |
| Otoczenie podnośnika zewnętrznego oświetlone światłem sztucznym o natężeniu minimum 30 lx |  |  |  |  |
| Podnośnik pionowy ma wymiary platformy nie mniejsze niż 90 cm x 140 cm |  |  |  |  |
| Udźwig podnośnika pionowego nie mniejszy niż 315 kg |  |  |  |  |
| Podnośnik pozwala na wezwanie obsługi, np. przez telefon |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w przycisk przywoływania pomocy. |  |  |  |  |

## 2.8 Winda (dźwig osobowy) – *na zewnątrz budynku*

### Gdzie powinna znajdować się winda?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Winda umiejscowiona jak najbliżej wejścia do placówki |  |  |  |  |
| Są informacje wskazujące drogę dotarcia do urządzenia |  |  |  |  |
| Otoczenie windy oświetlone światłem sztucznym o natężeniu minimum 30 lx |  |  |  |  |
| Przed windą zapewniona wolna przestrzeń – minimum 160 cm |  |  |  |  |

### Wejście do windy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Różnica poziomów podłogi kabiny i posadzki na zewnątrz windy jest nie większa niż 2 cm |  |  |  |  |
| Z boku, po lewej lub prawej stronie drzwi, windy jest informacja wizualna z numerem kondygnacji |  |  |  |  |
| Z boku, po lewej lub prawej stronie drzwi, windy jest informacja w alfabecie Braille'a z numerem kondygnacji |  |  |  |  |
| Numery kondygnacji są wykonane wypukłą czcionką |  |  |  |  |
| Numery kondygnacji są wykonane kontrastową czcionką |  |  |  |  |
| Numery kondygnacji są umieszczone na wysokości wzroku, tj. 145 cm – 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi windy oraz ich obramowanie są kontrastowe do otoczenia |  |  |  |  |

### Panel zewnętrzny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przyciski panelu zewnętrznego windy umieszczone są na wysokości 80 cm - 110 cm |  |  |  |  |
| Panel zewnętrzny skontrastowany z otoczeniem |  |  |  |  |
| Jeden panel zewnętrzny obsługuje tylko jedną windę |  |  |  |  |
| Jeśli w windzie zastosowano drzwi uchylne, panel zewnętrzny umieszczony po stronie klamki lub pochwytu |  |  |  |  |
| Panel zewnętrzny wyposażony w wypukłe przyciski |  |  |  |  |
| Przyciski panelu zewnętrznego są oznaczone w alfabecie Braille'a |  |  |  |  |
| Przyciski panelu zewnętrznego mają sygnalizację świetlną aktywowaną w momencie naciśnięcia |  |  |  |  |
| Winda jest wyposażona w sygnalizację dźwiękową przyjazdu windy |  |  |  |  |
| Jest informacja słowna jazda „w górę” i „na dół” |  |  |  |  |
| Winda jest wyposażona w sygnalizację świetlną przyjazdu windy |  |  |  |  |

### Kabina windy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Drzwi do kabiny mają szerokość minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi wyposażone są w czujniki zamykania i otwierania |  |  |  |  |
| Kabina ma wymiary podłogi co najmniej 110 x 140 cm |  |  |  |  |
| Poręcze są zamontowane po prawej i lewej stronie od wejścia do kabiny |  |  |  |  |
| Przerwa w poręczy na panel sterujący |  |  |  |  |
| Górna część poręczy prawej zamontowana jest na wysokości 90 cm |  |  |  |  |
| Górna część poręczy lewej zamontowana jest na wysokości 90 cm |  |  |  |  |
| Odległość lewego pochwytu od ściany wynosi minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość prawego pochwytu od ściany wynosi minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Lustro zamontowane na całej szerokości kabiny naprzeciw drzwi, na wysokości od 140 cm do 190 cm (nie dotyczy wind przelotowych i wind o powierzchni minimum 150 cm na 150 cm) |  |  |  |  |

### Panel wewnętrzny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przyciski panelu wewnętrznego zamontowane są na wysokości 80 – 110 cm |  |  |  |  |
| Panel zamontowany jest w odległości minimum 50 cm od naroża kabiny przeciwległego do drzwi |  |  |  |  |
| Panel sterujący w przypadku drzwi otwieranych centralnie znajduje się po prawej stronie od wejścia |  |  |  |  |
| Panel sterujący w przypadku drzwi otwieranych jednostronnie znajduje się po stronie zgodnej z kierunkiem zamykania drzwi |  |  |  |  |
| W przypadku windy przelotowej panele sterujące zamontowane są na obu ścianach kabiny |  |  |  |  |
| Przyciski piętrowe znajdują się nad przyciskami alarmu i funkcyjnymi |  |  |  |  |
| W przypadku windy obsługującej powyżej 5 pięter, rozmieszczenie przycisków jest mijankowe |  |  |  |  |
| Przyciski kondygnacyjne znajdują się nad przyciskami alarmu i przyciskami funkcyjnymi |  |  |  |  |
| Panel wewnętrzny wyposażony w wypukłe przyciski |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego są oznaczone w alfabecie Braille'a |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego oznaczone są wypukłymi symbolami |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego mają sygnalizacją świetlną aktywowaną w momencie naciśnięcia |  |  |  |  |
| Panel wewnętrzny jest skontrastowany z otoczeniem LRV ≥ 60 |  |  |  |  |
| Przycisk wyjścia z budynku (parter, lobby, recepcja) jest w kolorze zielonym |  |  |  |  |
| Przycisk wyjścia z budynku (parter, lobby, recepcja) wystaje ponad pozostałe przyciski minimum 5 mm |  |  |  |  |
| Przycisk alarmu oznaczony kolorem żółtym |  |  |  |  |

## 2.9 Wejście do budynku

### Przestrzeń przed i za wejściem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przed wejściem nawierzchnia równa o nachyleniu podłużnym max do 2% |  |  |  |  |
| Przed wejściem nawierzchnia równa o nachyleniu poprzecznym max do 2% |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |
| Wolna przestrzeń manewrowa przed drzwiami nie mniejsza niż 150x150 cm poza polem otwierania drzwi |  |  |  |  |
| Wolna przestrzeń manewrowa za drzwiami nie mniejsza niż 150x150 cm poza polem otwierania drzwi |  |  |  |  |

### Drzwi zewnętrzne i wewnętrzne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Ościeżnica drzwi zewnętrznych kontrastująca kolorem w stosunku do elewacji budynku LRV>30 |  |  |  |  |
| Szerokość drzwi zewnętrznych minimum 120 cm, przy czym pojedyncze skrzydło min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi zewnętrzne otwierane na zewnątrz lub rozsuwane |  |  |  |  |
| Drzwi zewnętrzne rozsuwane po rozsunięciu w świetle 90 cm |  |  |  |  |
| Siła otwarcia drzwi zewnętrznych nie większa niż 25 N |  |  |  |  |
| Wysokość progu w drzwiach zewnętrznych maksymalnie 2 cm |  |  |  |  |
| W przypadku drzwi zewnętrznych szklanych pas kontrastowy szer. 10 cm. na wysokościach 90- 100 cm i 130-140 cm |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach zewnętrznych bez ostrych krawędzi |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach zewnętrznych w kształcie dźwigni lub litery C lub uchwyt prostokątny |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach zewnętrznych na wysokości 90-110 cm |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach zewnętrznych oddalona od drzwi o minimum 10 cm. |  |  |  |  |
| Ościeżnica drzwi wewnętrznych kontrastująca kolorem w stosunku do elewacji budynku LRV>30 |  |  |  |  |
| Drzwi wewnętrzne otwierane na zewnątrz lub rozsuwane |  |  |  |  |
| Drzwi wewnętrzne rozsuwane po rozsunięciu w świetle 90 cm |  |  |  |  |
| Siła otwarcia drzwi wewnętrznych nie większa niż 25 N |  |  |  |  |
| Wysokość progu w drzwiach wewnętrznych maksymalnie 2 cm |  |  |  |  |
| W przypadku drzwi wewnętrznych szklanych pas kontrastowy szer. 10 cm na wysokościach 90- 100 i 130-140 cm |  |  |  |  |
| Cokół w drzwiach wewnętrznych, jeśli szklane minimum do 40 cm |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach wewnętrznych bez ostrych krawędzi |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach wewnętrznych w kształcie dźwigni lub litery C lub uchwyt prostokątny |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach wewnętrznych na wysokości 90-110 cm |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach wewnętrznych oddalona od drzwi o minimum 10 cm |  |  |  |  |

### Dzwonek lub przycisk przywołania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Jest dzwonek lub przycisk przywołania |  |  |  |  |
| Przycisk znajduje się na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Przycisk umiejscowiony po stronie pochwytu klamki |  |  |  |  |
| Średnica przycisku minimum 2 cm |  |  |  |  |

### Przedsionek (wiatrołap)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Jest wiatrołap |  |  |  |  |
| Posadzka równa |  |  |  |  |
| Posadzka antypoślizgowa R>=10 |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu od strony pochwytu/klamki min. 90x90 cm |  |  |  |  |
| Wolna przestrzeń manewrowa poza obrysem obu par drzwi min. 150x150 cm |  |  |  |  |

### Wycieraczki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wycieraczki przytwierdzone do nawierzchni – o wysokość do 1 cm, ściętych krawędziach i pozbawione otworów o średnicy powyżej 1 cm |  |  |  |  |
| Wycieraczki wpuszczone w posadzkę pozbawione otworów o średnicy powyżej 1 cm |  |  |  |  |

# KOMUNIKACJA WEWNĄTRZ BUDYNKU

## 2.10 Schody wewnętrzne

### Schody a ciągi piesze

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Ciągi minimum 180 cm |  |  |  |  |

### Szerokość schodów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Min 140 cm |  |  |  |  |

### Wymiary stopni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Liczba stopni od 3 do 14 |  |  |  |  |
| Wszystkie stopnie równe |  |  |  |  |
| Wysokość nie większa niż 15 cm |  |  |  |  |
| Głębokość stopni stała |  |  |  |  |
| Długość kroku (2 × wysokość + szerokość) nie przekracza 60–65 cm. |  |  |  |  |
| Nie są to schody zabiegowe i wachlarzowe |  |  |  |  |
| Nie są to schody z noskami i podcięciami |  |  |  |  |

### Spoczniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Szerokość przy zmianie kierunku ruchu minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |

### Balustrady

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wysokość balustrady min. 110 cm (przy schodach wyższych niż 50 cm i po stronie bez ściany ) |  |  |  |  |
| Przerwy w balustradzie mniejsze niż 12 cm |  |  |  |  |
| Jeśli balustrady są szklane – są skontrastowane w połowie wysokości pasem o szerokości minimum 10 cm |  |  |  |  |

### Poręcze (pochwyty)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są poręcze |  |  |  |  |
| Znajdują się po obu stronach (dla każdych schodów bez względu na różnicę poziomów |  |  |  |  |
| Jeśli schody o szerokości powyżej 4 m znajduje się pochwyt pośredni dzielący szerokość schodów na odcinki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 90 – 110 cm mierzona od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 90 – 110 cm mierzona od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Pośrednia poręcz na wysokości 90 – 110 cm mierzona od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 60 – 75 cm mierzona od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 60 – 75 cm mierzona od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Pośrednia poręcz na wysokości 60 – 75 cm mierzona od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Kontrastują kolorem z otoczeniem |  |  |  |  |
| Przekrój - koło albo elipsa |  |  |  |  |
| Przekrój - średnica od 3,5 do 4,5 |  |  |  |  |
| Odległość od ściany do prawego pochwytu minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany do lewego pochwytu minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt zawinięty na górze i na dole |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |
| Pośredni pochwyt wiernie odzwierciedla bieg schodów |  |  |  |  |

### Nawierzchnia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa R 10 |  |  |  |  |
| Elementy leżące na schodach (np. wycieraczki) trwale do nich przymocowane |  |  |  |  |

### Oświetlenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Światło sztuczne minimum 150 lx |  |  |  |  |

### Oznaczenia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia oznaczone kolorowym pasem (5 cm szerokości) – na krawędzi poziomej i pionowej |  |  |  |  |
| W przypadku biegu o trzech stopniach oznakowane wszystkie trzy stopnie |  |  |  |  |
| Przed pierwszym i ostatnim stopniem (50 cm wcześniej) zastosowano fakturę ostrzegawczą (40–60 cm szerokości). |  |  |  |  |

## 2.11 Pochylnia wewnętrzna

### Szerokość biegu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 120 cm między krawężnikami |  |  |  |  |

### Nachylenie pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Do 15 cm różnicy wysokości maksymalnie nachylenie 15% |  |  |  |  |
| Od 16 do 50 cm różnicy wysokości maksymalnie nachylenie 10% |  |  |  |  |
| Powyżej 50 cm różnicy wysokości maksymalnie nachylenie 8% |  |  |  |  |

### Długość pojedynczego odcinka

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Maks. 9 m |  |  |  |  |

### Spoczniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Spocznik między dwoma odcinkami minimum 120 cm szerokości na 140 cm długości |  |  |  |  |
| Wymiary spocznika, na którym występuje zmiana kierunku pochylni: minimalny wymiar powierzchni 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |

### Pochwyty

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są po obu stronach |  |  |  |  |
| Prawa poręcz zamontowana na 2 wysokościach: na wysokości 90 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu i na wysokości 75 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Lewa poręcz zamontowana na 2 wysokościach: na wysokości 90 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu i na wysokości 75 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Przekrój - koło albo elipsa |  |  |  |  |
| Przekrój - średnica od 3,5 do 4,5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany prawego pochwytu 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany lewego pochwytu 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość między pochwytami od 100 do 110 cm |  |  |  |  |
| Kontrastują kolorem z otoczeniem |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wydłużony na górze i dole o 30 cm |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt zawinięty na górze i dole |  |  |  |  |
| Prawy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg pochylni |  |  |  |  |
| Lewy pochwyt wiernie odzwierciedla bieg pochylni |  |  |  |  |

### Krawężnik/ogranicznik

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 7 cm od poziomu pochylni po prawej stronie pochylni |  |  |  |  |
| 7 cm od poziomu pochylni po lewej stronie pochylni |  |  |  |  |

### Płaszczyzna ruchu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Zapewniona płaska powierzchnia o wymiarach minimum 120 cm szerokości i 150 cm długości |  |  |  |  |
| Jeśli pochylnia kończy się przy drzwiach, zapewniono miejsce do manewru: 150 × 150 cm, poza zakresem otwierania się drzwi |  |  |  |  |

### Oznaczenie pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| W odległości 50 cm przed początkiem i końcem pochylni faktura ostrzegawcza o szerokości minimum 40 cm i maksimum 60 cm (na całej szerokości pochylni) |  |  |  |  |

### Nawierzchnia pochylni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Twarda |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa -minimum R10 |  |  |  |  |

### Oświetlenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Oświetlone światłem sztucznym min 150 lx |  |  |  |  |

## 2.12 Podnośnik

### Podnośnik schodowy (ukośny/poręczowy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są informacje wskazujące drogę dotarcia do urządzenia |  |  |  |  |
| Podnośnik ma wymiary platformy nie mniejsze niż 75 cm x 110 cm |  |  |  |  |
| Udźwig podnośnika nie mniejszy niż 250 kg |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w barierki zabezpieczające przed stoczeniem się kół wózka z podnośnika o wysokości minimum 7 cm od poziomu platformy |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w pochwyty zabezpieczające na wysokości 75 cm - 90 cm od poziomu platformy |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w przycisk przywoływania pomocy |  |  |  |  |

### Podnośnik pionowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są informacje wskazujące drogę dotarcia do urządzenia |  |  |  |  |
| Otoczenie podnośnika zewnętrznego oświetlone światłem sztucznym o natężeniu minimum 30 lx |  |  |  |  |
| Podnośnik pionowy ma wymiary platformy nie mniejsze niż 90 cm x 140 cm |  |  |  |  |
| Udźwig podnośnika pionowego nie mniejszy niż 315 kg |  |  |  |  |
| Podnośnik pozwala na wezwanie obsługi, np. przez telefon |  |  |  |  |
| Podnośnik wyposażony w przycisk przywoływania pomocy |  |  |  |  |

## 2.13 Winda (dźwig osobowy) – *wewnątrz budynku*

### Umiejscowienie windy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Winda umiejscowiona blisko wejścia do placówki |  |  |  |  |
| Są informacje wskazujące drogę dotarcia do urządzenia |  |  |  |  |
| Odległość pomiędzy drzwiami windy a przeciwległą ścianą lub inną przegrodą wynosi co najmniej 160 cm poza obrysem otwarcia drzwi |  |  |  |  |

### Wejście do windy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Różnica poziomów podłogi kabiny i posadzki na zewnątrz windy jest nie większa niż 2 cm |  |  |  |  |
| Z boku, po lewej lub prawej stronie drzwi, windy jest informacja wizualna z numerem kondygnacji |  |  |  |  |
| Z boku, po lewej lub prawej stronie drzwi, windy jest informacja w alfabecie Braille'a z numerem kondygnacji |  |  |  |  |
| Numery kondygnacji są wykonane wypukłą czcionką |  |  |  |  |
| Numery kondygnacji są wykonane kontrastową czcionką |  |  |  |  |
| Numery kondygnacji są umieszczone na wysokości wzroku tj. 145 cm – 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi windy oraz ich obramowanie są kontrastowe do otoczenia |  |  |  |  |

### Panel zewnętrzny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przyciski panelu zewnętrznego windy umieszczone są na wysokości 80 cm - 110 cm |  |  |  |  |
| Panel zewnętrzny skontrastowany z otoczeniem |  |  |  |  |
| Jeden panel zewnętrzny obsługuje tylko jedną windę |  |  |  |  |
| Jeśli w windzie zastosowano drzwi uchylne, panel zewnętrzny umieszczony po stronie klamki lub pochwytu |  |  |  |  |
| Panel zewnętrzny wyposażony w wypukłe przyciski |  |  |  |  |
| Przyciski panelu zewnętrznego są oznaczone w alfabecie Braille'a |  |  |  |  |
| Przyciski panelu zewnętrznego oznaczone są wypukłymi symbolami |  |  |  |  |
| Przyciski panelu zewnętrznego mają sygnalizacją świetlną aktywowaną w momencie naciśnięcia |  |  |  |  |
| Winda jest wyposażona w sygnalizację dźwiękową przyjazdu windy |  |  |  |  |
| Jest informacja słowna jazda „w górę” i „na dół” |  |  |  |  |
| Winda jest wyposażona w sygnalizację świetlną przyjazdu windy |  |  |  |  |

### Kabina

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Drzwi do kabiny mają szerokość minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi wyposażone są w czujniki zamykania i otwierania drzwi |  |  |  |  |
| Kabina ma wymiary podłogi co najmniej 110 cm x 140 cm |  |  |  |  |
| Poręcze są zamontowane po prawej i lewej stronie od wejścia do kabiny |  |  |  |  |
| Przerwa w poręczy na panel sterujący |  |  |  |  |
| Górna część poręczy prawej zamontowana jest na wysokości 90 cm |  |  |  |  |
| Górna część poręczy lewej zamontowana jest na wysokości 90 cm |  |  |  |  |
| Odległość lewego pochwytu od ściany wynosi minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość prawego pochwytu od ściany wynosi minimum 5 cm |  |  |  |  |
| Lustro znajduje się na tylnej ścianie (naprzeciw drzwi) na wysokości od 40 cm do 190 cm (nie dotyczy wind przelotowych i dużych – 150 × 150 cm). |  |  |  |  |

### Panel wewnętrzny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przyciski panelu wewnętrznego zamontowano na wysokości 80 – 110 cm |  |  |  |  |
| Panel zamontowany jest w odległości minimum 50 cm od naroża kabiny przeciwległego do drzwi |  |  |  |  |
| Panel sterujący w przypadku drzwi otwieranych centralnie znajduje się po prawej stronie od wejścia |  |  |  |  |
| Panel sterujący w przypadku drzwi otwieranych jednostronnie znajduje się po stronie zgodnej z kierunkiem zamykania drzwi |  |  |  |  |
| W przypadku windy przelotowej panele sterujące zamontowane są na obu ścianach kabiny |  |  |  |  |
| Przyciski piętrowe znajdują się nad przyciskami alarmu i funkcyjnymi |  |  |  |  |
| W przypadku windy obsługującej powyżej 5 pięter, rozmieszczenie przycisków jest mijankowe |  |  |  |  |
| Przyciski kondygnacyjne znajdują się nad przyciskami alarmu i przyciskami funkcyjnymi |  |  |  |  |
| Panel wewnętrzny wyposażony w wypukłe przyciski |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego są oznaczone w alfabecie Braille'a |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego oznaczone są wypukłymi symbolami |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego mają sygnalizację świetlną aktywowaną w momencie naciśnięcia |  |  |  |  |
| Panel wewnętrzny jest skontrastowany z otoczeniem LRV ≥ 60 |  |  |  |  |
| Przycisk wyjścia z budynku (parter, lobby, recepcja) jest w kolorze zielonym |  |  |  |  |
| Przycisk wyjścia z budynku (parter, lobby, recepcja) wystaje ponad pozostałe przyciski minimum 5 mm |  |  |  |  |
| Przycisk alarmu oznaczony kolorem żółtym |  |  |  |  |

## 2.14 Korytarze (ciągi komunikacyjne poziome)

### Szerokość i wysokość korytarzy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Szerokość korytarzy wynosi minimum 140 cm |  |  |  |  |
| Wysokość ciągów komunikacyjnych wynosi minimum 220 cm |  |  |  |  |
| Elementy zawieszone niżej niż 220 cm (np. lampy, instalacje) zabezpieczone zostały np. obudowami. |  |  |  |  |

### Miejsca do odpoczynku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Korytarze wyposażone zostały w miejsca siedzące umieszczone poza ciągami ewakuacyjnymi |  |  |  |  |
| Miejsce do odpoczynku wyposażone zostało w siedzisko z podłokietnikiem - co 3 miejsce |  |  |  |  |
| Szerokość miejsca siedzącego wynosi min. 50 cm |  |  |  |  |
| Siedzisko znajduje się na wysokości 42 – 48 cm |  |  |  |  |
| Jest zachowane minimum 40 cm wolnej przestrzeni od frontu siedziska |  |  |  |  |
| Osoby poruszające się na wózku mają zapewnione miejsce postoju o wymiarach co najmniej 150 cm x 90 cm |  |  |  |  |

### Podłoga w korytarzach

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Posadzka jest antypoślizgowa (klasa min. R10) |  |  |  |  |
| Nie powoduje olśnienia |  |  |  |  |
| Zastosowano wystarczające oświetlenie 200 lx |  |  |  |  |

## 2.15 Rejestracja i informacja

### Lokalizacja

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Dojście do rejestracji jest pozbawione przeszkód (jeśli jest różnica poziomów da się ją pokonać samodzielnie za pomocą pochylni, windy lub podnośnika pionowego) |  |  |  |  |
| Zlokalizowana w pobliżu wejścia głównego do placówki |  |  |  |  |
| Jest zlokalizowana przy głównych ciągach komunikacyjnych |  |  |  |  |

### Lada w rejestracji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Lada umieszczona jest na dwóch wysokościach |  |  |  |  |
| Część lady jest na wysokości wygodnej dla osób stojących - od 100 cm do 110 cm |  |  |  |  |
| Część lady jest obniżona i umieszczona jest na wysokości 70 - 90 cm |  |  |  |  |
| Obniżona część lady znajduje się na odcinku minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Pod ladą jest przestrzeń o głębokości minimum 30 cm |  |  |  |  |
| Lada ma głębokość wystarczającą na odłożenie dokumentów (minimum 40 cm) |  |  |  |  |
| Lada jest wykonana z matowych materiałów |  |  |  |  |
| Oświetlenie nie powoduje odbicia światła na ladzie |  |  |  |  |
| Przy ladzie znajduje się miejsce na odłożenie kul/laski |  |  |  |  |

### Jak komunikować się z pacjentem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Jeżeli między pacjentem a osobą obsługującą znajduje się szklana szyba, stanowisko jest wyposażone w system głośnomówiący (interkom) |  |  |  |  |
| Zamontowano pętlę indukcyjną |  |  |  |  |
| Oznakowanie pętli jest dobrze widoczne, umieszczone na wysokości wzroku |  |  |  |  |
| Zapewniono oświetlenie umożliwiające osobom niesłyszącym czytanie z ruchu ust, źródło światła nie znajduje się za osobą obsługującą |  |  |  |  |
| Jest tłumacz języka migowego na miejscu |  |  |  |  |
| Jest tłumacz języka migowego on-line |  |  |  |  |
| Dla osób, które mają trudności z czytaniem, zapewniono: mocniejsze światło, lupę, urządzenie lub komputer z programem czytającym tekst (zgodnie z WCAG 2.1), syntezator mowy, urządzenie do rozpoznawania tekstu drukowanego |  |  |  |  |
| Dla osób z problemami ze słuchem zapewniono: ekrany lub wyświetlacze z informacjami. Dla osób, które potrzebują ciszy, zapewniono odrębne miejsce obsługi |  |  |  |  |

### Podłoga i wyposażenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Jest równa |  |  |  |  |
| Jest antypoślizgowa (klasa min. R10) |  |  |  |  |
| Wokół rejestracji zastosowano wystarczające oświetlenie 200 lx |  |  |  |  |
| Oświetlenie nie powoduje olśnienia |  |  |  |  |
| W rejestracji zastosowano matowe wykończenie powierzchni podłóg, ścian, drzwi, mebli, blatów, by unikać odbić światła |  |  |  |  |
| Zastosowano kontrastowe materiały ułatwiające rozróżnienie poszczególnych stref rejestracji (na przykład obszar rejestracji wyróżnia się kolorystycznie od przestrzeni korytarza) |  |  |  |  |
| Zastosowano rozróżnienie w formie oznaczeń graficznych oraz w formie dotykowej |  |  |  |  |

### Strefa oczekiwania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Są miejsca siedzące poza ciągami ewakuacyjnymi |  |  |  |  |
| Miejsce do odpoczynku jest wyposażone w siedzisko z podłokietnikiem - co 3 miejsce |  |  |  |  |
| Szerokość miejsca siedzącego wynosi minimum 50 cm |  |  |  |  |
| Siedzisko znajduje się na wysokości 42 – 48 cm |  |  |  |  |
| Jest min. 40 cm wolnej przestrzeni od frontu siedziska |  |  |  |  |
| Osoby poruszające się na wózku mają zapewnione miejsce postoju o wymiarach co najmniej 150 cm x 90 cm |  |  |  |  |

### Przestrzeń dla pracowników

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do rejestracji 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm |  |  |  |  |

### Drzwi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Próg o wysokości max. 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi nie są przezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 90-110 cm |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw >= 35 db |  |  |  |  |

### Wnętrze strefy dla pracownika

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna przestrzeń manewrowa nie mniejsza niż 150x150 cm |  |  |  |  |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Gniazdo elektryczne od 40 cm do 100 |  |  |  |  |
| Równa płaszczyzna posadzki |  |  |  |  |

### Stanowisko pracy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wymiarach min. 90x90 cm przy biurku |  |  |  |  |
| Blat biurka wysunięty o 30 cm od strony pacjenta w pasie o szerokości min. 90 cm |  |  |  |  |
| Wysokość blatu biurka powinna wynosić 70 cm - 75 cm |  |  |  |  |
| Szerokość blatu biurka minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Głębokość blatu minimum 60 cm |  |  |  |  |

# INFORMACJE O ROZKŁADZIE POMIESZCZEŃ W BUDYNKU

## 2.16 Zapewnienie informacji o planie pomieszczeń

### Plany pomieszczeń

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Ogólny wizualny plan budynku – znajduje się w pobliżu wejścia głównego z zaznaczeniem punktu „tu jesteś” |  |  |  |  |
| Ogólny wizualny plan budynku zawiera informację o numerach i przeznaczeniu pomieszczeń |  |  |  |  |
| Zapewniono informację na temat rozkładu pomieszczeń w budynku w sposób głosowy |  |  |  |  |
| Plan tyflograficzny jest umieszczony wewnątrz obiektu zaraz po wejściu do niego |  |  |  |  |
| Do planu tyflograficznego prowadzą ścieżki dotykowe (fakturowe) |  |  |  |  |
| Plan tyflograficzny (dotykowy) sporządzony został dla całej placówki |  |  |  |  |
| Jeśli placówka ma więcej niż jedną kondygnację, plan tyflograficzny (dotykowy) znajduje się na każdej kondygnacji |  |  |  |  |
| Plany tyflograficzne (dotykowe) umieszczone są w powtarzalnych miejscach na każdej kondygnacji, na przykład zawsze po tej samej stronie windy, lub przy dojściu do klatki schodowej |  |  |  |  |
| Plan tyflograficzny przytwierdzony jest trwale do elementów placówki |  |  |  |  |
| Jeśli nie ma w budynku planu tyflograficznego, udostępniono taki plan w postaci drukowanej alfabetem Braille’a w punkcie informacji, recepcji, rejestracji itp. |  |  |  |  |

### System oznaczeń

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Oznakowanie kierunkowe w punktach węzłowych |  |  |  |  |
| Są piktogramy wskazujące elementy takie jak toaleta, winda, wyjście itp. |  |  |  |  |
| Nie więcej niż 5 piktogramów umieszczonych w jednym miejscu |  |  |  |  |
| Zastosowano taki sam sposób opisu podobnych elementów: tej samej wielkości litery, grafika, kolory, piktogramy itp. |  |  |  |  |
| Każde drzwi opisane według tego samego schematu |  |  |  |  |
| Napisy informacyjne umieszczone na drzwiach lub obok drzwi do pomieszczeń w sposób powtarzalny |  |  |  |  |
| Napisy informacyjne umieszczone z zastosowaniem dużych znaków |  |  |  |  |
| Napisy informacyjne umieszczone z zastosowaniem kontrastowych znaków |  |  |  |  |
| Przy każdych drzwiach lub na ich powierzchni znajdują się opisy w alfabecie Braille'a umiejscowione w sposób powtarzalny |  |  |  |  |
| W holach i korytarzach zastosowano odmienne barwy ścian i/lub podłóg, wyznaczające różne strefy funkcjonalne |  |  |  |  |

### Urządzenia i środki techniczne ułatwiające orientację i poruszanie się po budynku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy są znaczniki dźwiękowe |  |  |  |  |
| Czy są QR kody |  |  |  |  |
| Czy jest lokalizator bluetooth |  |  |  |  |
| Czy w placówce stosuje się technologię BLE |  |  |  |  |

# GABINETY LEKARSKIE I ZABIEGOWE

## 2.17 Gabinety lekarskie

Gabinety lekarskie opisujemy na podstawie wybranej próby do badania. Należy w szczególności opisać gabinety, w których rekomendowane jest zadanie poprawiające dostępność w kolumnie „Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony” wskazując np. nr gabinetu/ nazwę gabinetu.

### Przestrzeń przed wejściem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do gabinetu 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |

### Drzwi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Próg nie jest wyższy niż 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone informacją w alfabecie Braille’a oraz wypukłym tekstem na wysokości 110-130 cm |  |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach znajduje się na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są skontrastowane względem płaszczyzny ściany |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt ma zaokrąglony kształt |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt znajduje się na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Drzwi się lekko otwierają, nie wymagają użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw >= 35 db |  |  |  |  |
| Drzwi nie mają samozamykaczy |  |  |  |  |
| Istnieje możliwość otwarcia drzwi z zewnątrz gabinetu (w awaryjnych sytuacjach) |  |  |  |  |

### Wnętrze gabinetu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna przestrzeń manewrowa nie mniejsza niż 150x150 cm |  |  |  |  |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Gniazda elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm |  |  |  |  |
| Równa płaszczyzna posadzki |  |  |  |  |
| Natężenie oświetlenia światłem sztucznym E>= 500 lx |  |  |  |  |
| Oświetlenie nie powodujące olśnień UGR<19 |  |  |  |  |
| Możliwość otwierania/ zamykania okien z poziomu wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Elementy zacieniające okna - rolety/żaluzje w przypadku silnego doświetlenia przez słońce |  |  |  |  |
| Wentylacja grawitacyjna /mechaniczna pomieszczenia min 1,5mᵌ/h |  |  |  |  |
| Gabinet lekarski wyposażony w umywalkę |  |  |  |  |
| Przestrzeń manewrowa przed umywalką o wymiarach 150x150cm |  |  |  |  |
| Górna krawędź na wysokości 75 – 85 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Dolna krawędź nie niżej niż 60 – 70 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Miejsce na nogi pod umywalką min. 30 cm głębokości |  |  |  |  |
| Poręcze montowane po obu stronach umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| W przypadku umywalki znajdującej się blisko ściany bocznej zamontowano jeden pochwyt stały i jeden pochwyt uchylny w odległości minimum 30 cm i na wysokości od 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Prawa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Lewa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Bateria jest uruchamiana dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria nie jest obsługiwana przy pomocy kurków |  |  |  |  |
| Bateria posiada odpowiednio długą wylewkę wody(tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody) |  |  |  |  |
| Lustro jest zamontowane nad umywalką lub w taki sposób, że jego dolna krawędź znajduje się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalne i 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |

### Wyposażenie gabinetu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Siedziska są z oparciami |  |  |  |  |
| Siedziska są z podłokietnikami |  |  |  |  |
| Szerokość siedziska wynosi minimum 50 cm |  |  |  |  |
| Głębokość siedziska wynosi minimum 50 cm |  |  |  |  |
| Siedziska posiadają możliwość regulacji wysokości w przedziale od 42 cm do 48 cm |  |  |  |  |
| Materiały, z których wykonane są meble są matowe i nieodbijające światła |  |  |  |  |
| Kozetka dostępna jest z dwóch stron |  |  |  |  |
| Kozetka/leżanka o regulowanej wysokości w minimalnym zakresie od 42 do 48 cm |  |  |  |  |
| Wolna przestrzeń przy kozetce min. 90x150 cm |  |  |  |  |
| Gabinet wyposażony w podnośnik podłogowy lub sufitowy o udźwigu minimum 150 kg |  |  |  |  |
| Strefa z kozetką wyposażona w parawan lub zasłonę |  |  |  |  |

### Stanowisko pracy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wymiarach min. 90x90 cm przy biurku |  |  |  |  |
| Blat biurka wysunięty o 30 cm od strony pacjenta w pasie o szerokości min. 90 cm |  |  |  |  |
| Wysokość blatu biurka powinna wynosić 70 cm - 75 cm |  |  |  |  |
| Szerokość blatu biurka minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Głębokość blatu minimum 60 cm |  |  |  |  |
| Pod blatem roboczym przestrzeń niezabudowana o szerokości minimum 80 cm |  |  |  |  |
| Możliwość podjechania pod biurko na głębokość minimum 60 cm |  |  |  |  |
| Biurko od strony pracownika na wysokości od 70 cm do 75 cm |  |  |  |  |

## 2.18 Gabinety zabiegowe

### Przestrzeń przed wejściem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do gabinetu 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |
| Wysokość ciągów komunikacyjnych wynosi minimum 220 cm |  |  |  |  |

### Drzwi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Próg nie jest wyższy niż 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach znajduje się na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są skontrastowane względem płaszczyzny ściany |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt ma zaokrąglony kształt |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt znajduje się na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Drzwi się lekko otwierają, nie wymagają użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw>= 35 db |  |  |  |  |
| Drzwi nie mają samozamykaczy |  |  |  |  |
| Istnieje możliwość otwarcia drzwi z zewnątrz gabinetu (w awaryjnych sytuacjach) |  |  |  |  |

### Wnętrze gabinetu zabiegowego

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna przestrzeń manewrowa nie mniejsza niż 150x150 cm. |  |  |  |  |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki, |  |  |  |  |
| Gniazda elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm |  |  |  |  |
| Równa płaszczyzna posadzki |  |  |  |  |
| Posadzka antypoślizgowa R>=10 |  |  |  |  |
| Natężenie oświetlenia światłem sztucznym E>= 500 lx |  |  |  |  |
| Oświetlenie nie powodujące olśnień UGR<19 |  |  |  |  |
| Możliwość otwierania/zamykania okien z poziomu wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Elementy zacieniające okna – rolety/żaluzje w przypadku silnego doświetlenia przez słońce |  |  |  |  |
| Wentylacja grawitacyjna/ mechaniczna pomieszczenia min 1,5m3/h |  |  |  |  |
| Gabinet zabiegowy wyposażony w umywalkę |  |  |  |  |
| Przestrzeń manewrowa przed umywalką o wymiarach 150x150cm |  |  |  |  |
| Górna krawędź na wysokości 75 – 85 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Dolna krawędź na wysokości nie niżej niż 60 -70 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Miejsce na nogi pod umywalką min. 30 cm głębokości |  |  |  |  |
| Poręcze montowane po obu stronach umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Lewa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Prawa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Lewa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Bateria jest uruchamiana dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria nie jest obsługiwana przy pomocy kurków |  |  |  |  |
| Bateria posiada odpowiednio długą wylewkę wody (tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody) |  |  |  |  |
| Lustro jest zamontowane  nad umywalką lub w taki sposób, że jego dolna krawędź znajduje się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik jest na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |

### Wyposażenie gabinetu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Siedziska są z oparciami |  |  |  |  |
| Siedziska są z podłokietnikami |  |  |  |  |
| Szerokość siedziska minimum 50 cm |  |  |  |  |
| Głębokość siedziska minimum 50 cm |  |  |  |  |
| Siedziska z możliwością regulacji wysokości w przedziale 42 cm 48 cm |  |  |  |  |
| Materiały, z których wykonane są meble są matowe i nie odbijają światła |  |  |  |  |
| Stół zabiegowy jest dostępny z 2 stron |  |  |  |  |
| Stół zabiegowy/kozetka/ leżanka/fotel do pobrań o regulowanej wysokości w minimalnym zakresie od 42 do 48 cm |  |  |  |  |
| Wolna przestrzeń przy stole zabiegowym min. 90x150 cm |  |  |  |  |
| Fotel zabiegowy dostępny z 3 stron |  |  |  |  |
| Wolna przestrzeń przy fotelu zabiegowym min. 90x150 cm |  |  |  |  |
| Gabinet wyposażony w podnośnik podłogowy lub sufitowy o udźwigu minimum 150 kg |  |  |  |  |

### Stanowisko pracy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wymiarach, min. 90x90 cm przy biurku |  |  |  |  |
| Blat biurka jest wysunięty o 30 cm od strony pacjenta w pasie o szerokości min. 90 cm |  |  |  |  |
| Wysokość blatu biurka wynosi 70 cm - 75 cm |  |  |  |  |
| Szerokość blatu biurka minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Głębokość blatu minimum 60 cm |  |  |  |  |
| Pod blatem przestrzeń niezabudowana o szerokości minimum 80 cm |  |  |  |  |
| Możliwość podjechania pod biurko na głębokość minimum 60 cm |  |  |  |  |
| Biurko od strony pracownika na wysokości od 70 cm do 75 cm |  |  |  |  |

# POMIESZCZENIA HIGIENICZNO-SANITARNE

## 2.19 Toaleta

### Położenie toalety

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Na każdym piętrze placówki znajduje się co najmniej jedna toaleta dla pacjentów z niepełnosprawnościami |  |  |  |  |

### Miejsce do manewrowania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do toalety 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm. od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |

### Drzwi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Nie mają progu |  |  |  |  |
| Drzwi są nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm. |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Oznaczenia na drzwiach znajdują się na wysokości od 130 cm do 165 cm. |  |  |  |  |
| Drzwi są skontrastowane względem płaszczyzny ściany |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt ma zaokrąglony kształt |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt znajduje się na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Drzwi się lekko otwierają, nie wymagają użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Istnieje możliwość otwarcia drzwi z zewnątrz (w awaryjnych sytuacjach) |  |  |  |  |
| Wieszaki na ubrania zamontowane są na wysokości 110 i 180 cm |  |  |  |  |

### Włącznik światła

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |

### Miska ustępowa

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przestrzeń manewrowa przed miską o wymiarach 150x150cm |  |  |  |  |
| Po prawej stronie muszli ustępowej, przestrzeń wolna od przeszkód o szerokości min. 90 cm x 150 cm |  |  |  |  |
| Po lewej stronie muszli ustępowej, przestrzeń wolna od przeszkód o szerokości min. 90 cm x 150 cm |  |  |  |  |
| Miska ustępowa jednolita |  |  |  |  |
| Miska ustępowa bez wycięć |  |  |  |  |
| Miska ustępowa stabilna |  |  |  |  |
| Górna krawędź deski na wysokości 42-48 cm |  |  |  |  |
| Jeśli dostęp do miski jest możliwy tylko z jednej strony oś muszli nie bliżej niż 45 cm od ściany |  |  |  |  |
| Poręcze po obu stronach muszli |  |  |  |  |
| Prawa poręcz w odległości 30 – 40 cm od środka muszli (do osi poręczy) |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 70 ‑ 85 cm (górna krawędź poręczy) |  |  |  |  |
| Prawa poręcz wystaje 10 – 15 cm przed muszlę |  |  |  |  |
| Lewa poręcz w odległości 30 – 40 cm od środka muszli (do osi poręczy) |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 70 ‑ 85 cm (górna krawędź poręczy) |  |  |  |  |
| Lewa poręcz wystaje 10 – 15 cm przed muszlę |  |  |  |  |
| Prawa poręcz długość 75 – 90 cm |  |  |  |  |
| Lewa poręcz długość 75 – 90 cm |  |  |  |  |
| W przypadku możliwości tylko jednostronnego przesiadania się - zamontowano jeden pochwyt stały i jeden pochwyt uchylny– po przeciwnej stronie względem miejsca odstawczego, na wysokości 70 ‑ 85 cm od posadzki, długości min. 80 cm, mocowane 20 – 30 cm od ściany za miską ustępową |  |  |  |  |
| Spłuczka uruchamiana automatyczne lub ręczne. Spłuczka nie jest obsługiwana za pomocą nogi |  |  |  |  |
| Przycisk spłuczki z boku miski ustępowej na wysokości nieprzekraczającej 80 – 110 cm (górna krawędź przycisku) |  |  |  |  |

### Papier toaletowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Na wysokości 60 – 70 cm od posadzki, w okolicy przedniej krawędzi miski ustępowej |  |  |  |  |

### Umywalka

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przestrzeń manewrowa przed umywalką o wymiarach 150x150 cm |  |  |  |  |
| Górna krawędź na wysokości 75 – 85 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Dolna krawędź nie niżej niż 60 – 70 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Miejsce na nogi pod umywalka min. 30 cm |  |  |  |  |
| Poręcze montowane po obu stronach umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Lewa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| W przypadku umywalki znajdującej się blisko ściany bocznej zamontowano jeden pochwyt stały i jeden pochwyt uchylny w odległości minimum 30 cm  i na wysokości od 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Prawa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Lewa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Bateria jest uruchamiana dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria posiada odpowiednio długą wylewkę wody(tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody) |  |  |  |  |
| Lustro jest zamontowane nad umywalką lub w taki sposób, że jego dolna krawędź znajduje się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |

### Alarm

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Toalety wyposażone w przycisk lub linkę wzywania pomocy, znajdującą się na maksymalnej wysokości 40 cm od poziomu posadzki – linka/przycisk powinny aktywować alarm w pomieszczeniu obsługi |  |  |  |  |

### Ściany i podłogi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Ściany i podłogi są ze sobą skontrastowane |  |  |  |  |
| Gdy nie ma możliwości skontrastowania ścian i podłóg - zastosowano bezspoinowe cokoły w kontrastowym kolorze |  |  |  |  |
| Wszystkie powierzchnie ścian oraz wszystkie powierzchnie podłóg mają jednolitą barwę, bez wzorów |  |  |  |  |
| Posadzka ma równą płaszczyznę |  |  |  |  |
| Podłogi i posadzki w toaletach są wykonane z materiałów antypoślizgowych |  |  |  |  |
| Wszystkie odpływy wody z poziomu posadzki oraz kratki podłogowe znajdują się poza przestrzenią manewrową wózka (w przypadku zagłębienia tych elementów poniżej poziomu posadzki) |  |  |  |  |
| Brak powierzchni połyskliwych, powodujących olśnienia UGR<19 |  |  |  |  |

## 2.20 Komfortka

### Przestrzeń przed wejściem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do gabinetu 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm. od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |

### Drzwi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Próg nie jest wyższy niż 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Numer pomieszczenia na drzwiach znajduje się na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są skontrastowane względem płaszczyzny ściany |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt ma zaokrąglony kształt |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt znajduje się na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Drzwi się lekko otwierają, nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Istnieje możliwość otwarcia drzwi z zewnątrz pomieszczenia (w awaryjnych sytuacjach) |  |  |  |  |

### Pomieszczenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna przestrzeń manewrowa nie mniejsza niż 150x150 cm |  |  |  |  |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Gniazda elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm |  |  |  |  |
| Równa płaszczyzna posadzki |  |  |  |  |
| Posadzka antypoślizgowa R>=10 |  |  |  |  |
| Oświetlenie nie powodujące olśnień UGR<19 |  |  |  |  |
| Możliwość otwierania/ zamykania okien z poziomu wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Wentylacja grawitacyjna/ mechaniczna pomieszczenia min 1,5m3/h |  |  |  |  |
| Gabinet wyposażony w umywalkę |  |  |  |  |
| Przestrzeń manewrowa przed umywalką o wymiarach 150 x 150 cm |  |  |  |  |
| Górna krawędź na wysokości 75 – 85 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Dolna krawędź nie niżej niż 60 – 70 cm od posadzki |  |  |  |  |
| Miejsce na nogi pod umywalka min. 30 cm głębokości |  |  |  |  |
| Poręcze montowane po obu stronach umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Lewa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Lewa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Bateria jest uruchamiana dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria posiada odpowiednio długą wylewkę wody(tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody) |  |  |  |  |
| Lustro jest zamontowane nad umywalką lub w taki sposób, że jego dolna krawędź znajduje się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |

### Wyposażenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przy przewijaku dla dorosłych/leżance zapewniona jest wolna przestrzeń do poruszania się wzdłuż dłuższego boku min. 150 x 90 cm |  |  |  |  |
| Jeżeli przewijak jest składany, po rozłożeniu nie zmniejsza tej przestrzeni |  |  |  |  |
| Wymiary przewijaka: min. 80 na 180 cm; |  |  |  |  |
| Wysokość górnej krawędzi przewijaka 45 – 55 cm |  |  |  |  |
| Minimalny udźwig przewijaka 150 kg |  |  |  |  |
| Wysokość płyty przewijaka regulowana od 45 do 55 cm od podłogi |  |  |  |  |
| Siła potrzebna do rozłożenia i regulacji przewijaka nie większa niż 25 N |  |  |  |  |

### Alarm

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Komfortka wyposażona w przycisk lub linkę wzywania pomocy, znajdującą się na maksymalnej wysokości 40 cm od poziomu posadzki – linka/przycisk aktywują alarm w pomieszczeniu obsługi |  |  |  |  |
| Uruchamianie urządzeń alarmowych w komfortce nie wymaga siły przekraczającej 30 N |  |  |  |  |
| W pomieszczeniu znajdują się co najmniej dwa wieszaki, jeden na wysokości 180 cm, drugi na wysokości 110 cm |  |  |  |  |
| W pomieszczeniu znajduje się podnośnik sufitowy lub podłogowy o udźwigu min. 150 kg |  |  |  |  |
| W pomieszczaniu znajduje się duży kosz na odpady |  |  |  |  |

# POMIESZCZENIA TOWARZYSZĄCE

## 2.21 Pokój dla osoby z dzieckiem

### Miejsce przed wejściem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do pokoju 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm. od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |

### Drzwi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Próg nie jest wyższy niż 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach znajduje się na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi są skontrastowane względem płaszczyzny ściany |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt ma zaokrąglony kształt |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt znajduje się na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Drzwi się lekko otwierają, nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw>= 35 dB |  |  |  |  |
| Możliwość zablokowania drzwi od wewnątrz |  |  |  |  |
| Istnieje możliwość otwarcia drzwi z zewnątrz gabinetu (w awaryjnych sytuacjach) |  |  |  |  |

### Wnętrze pomieszczenia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna przestrzeń manewrowa nie mniejsza niż 150x150 cm |  |  |  |  |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Gniazda elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm |  |  |  |  |
| Równa płaszczyzna posadzki |  |  |  |  |
| Posadzka antypoślizgowa R>=10 |  |  |  |  |
| Oświetlenie równomierne światłem sztucznym |  |  |  |  |
| Oświetlenie nie powodujące olśnień UGR<19 |  |  |  |  |
| Możliwość otwierania/ zamykania okien z poziomu wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Wentylacja grawitacyjna/ mechaniczna pomieszczenia min 1,5m3/h |  |  |  |  |
| Blat bez zabudowy, przy umywalce |  |  |  |  |
| Pomieszczenie wyposażone jest w przewijak dla niemowląt naścienny rozkładany lub wolnostojący |  |  |  |  |
| W pomieszczeniu znajduje się fotel/sofa z podłokietnikami do karmienia |  |  |  |  |
| W pomieszczeniu znajduje się urządzenie do podgrzewania butelek |  |  |  |  |
| W pomieszczeniu znajdują się dwa wieszaki na wysokościach 110 cm i 180 cm |  |  |  |  |

### Umywalka

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Przestrzeń manewrowa przed umywalką o wymiarach 150x150 cm |  |  |  |  |
| Górna krawędź na wysokości 75 – 85 cm od posadzki, |  |  |  |  |
| Dolna krawędź nie niżej niż 60 – 70 cm od posadzki, |  |  |  |  |
| Miejsce na nogi pod umywalka min 30 cm |  |  |  |  |
| Poręcze montowane po obu stronach umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Lewa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| W przypadku umywalki znajdującej się blisko ściany bocznej zamontowano jeden pochwyt stały i jeden pochwyt uchylny w odległości minimum 30 cm i na wysokości od 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Prawa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Lewa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Bateria jest uruchamiana dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria posiada odpowiednio długą wylewkę wody(tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody) |  |  |  |  |
| Lustro jest zamontowane  nad umywalką lub w taki sposób, że jego dolna krawędź znajduje się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik zamontowany blisko umywalki |  |  |  |  |

### Przewijak

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Wolna przestrzeń przy dłuższym boku przewijaka min. szerokości 90 cm x długości 150 cm |  |  |  |  |
| W przypadku przewijaka rozkładanego - przyściennego, przewijak po rozłożeniu/ opuszczeniu nie zmniejsza wymaganych przestrzeni manewrowych |  |  |  |  |
| Udźwig przewijaka ma przynajmniej 25 kg |  |  |  |  |
| Powierzchnia użytkowa przewijaka ma co najmniej 50 cm szerokości i 70 cm długości |  |  |  |  |
| Przewijak jest na wysokości 90 cm |  |  |  |  |

## 2.22 Pomieszczenie dla personelu /socjalne

(obszar badany w czasie audytu dostępności, wyłączony z wnioskowania o grant)

### Miejsce przed wejściem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do pokoju 150x150 cm |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm. od strony otwierania drzwi |  |  |  |

### Drzwi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Próg nie jest wyższy niż 2 cm |  |  |  |
| Drzwi są nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |
| Drzwi są oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |
| Numer pomieszczenia na drzwiach znajduje się na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |
| Drzwi są skontrastowane względem płaszczyzny ściany |  |  |  |
| Klamka/pochwyt ma zaokrąglony kształt |  |  |  |
| Klamka/pochwyt znajduje się na wysokości 80-110 cm |  |  |  |
| Drzwi się lekko otwierają, nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |

### Wnętrze pomieszczenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Wolna przestrzeń manewrowa nie mniejsza niż 150x150 cm |  |  |  |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |
| Gniazda elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm |  |  |  |
| Równa płaszczyzna posadzki |  |  |  |
| Posadzka antypoślizgowa R>=10 |  |  |  |
| Oświetlenie równomierne światłem sztucznym |  |  |  |
| Oświetlenie nie powodujące olśnień UGR<19 |  |  |  |
| Możliwość otwierania/ zamykania okien z poziomu wysokości 80-110 cm. |  |  |  |
| Wentylacja grawitacyjna/ mechaniczna pomieszczenia min 1,5m3/h |  |  |  |

### Zlew i umywalka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Przestrzeń manewrowa przed umywalką/zlewem o wymiarach 150x150 cm |  |  |  |
| Górna krawędź na wysokości 75 – 85 cm od posadzki |  |  |  |
| Dolna krawędź nie niżej niż 60 – 70 cm od posadzki |  |  |  |
| Miejsce na nogi pod umywalka min 30 cm |  |  |  |
| Poręcze montowane po obu stronach umywalki |  |  |  |
| Prawa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |
| Lewa poręcz w odległości od 10 cm do 25 cm od krawędzi umywalki |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |
| W przypadku umywalki znajdującej się blisko ściany bocznej zamontowano jeden pochwyt stały i jeden pochwyt uchylny w odległości minimum 30 cm  i na wysokości od 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |
| Prawa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |
| Lewa poręcz wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |
| Bateria jest uruchamiana dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |
| Bateria posiada odpowiednio długą wylewkę wody(tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody) |  |  |  |
| Lustro jest zamontowane  nad umywalką lub w taki sposób, że jego dolna krawędź znajduje się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki, |  |  |  |

### Blat roboczy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Wysokość blatu wynosi 70 – 80 cm |  |  |  |
| Długość min. 90 cm |  |  |  |
| Pusta przestrzeń na podjazd wózka o szerokości min. 80 cm i głębokości min. 60 cm |  |  |  |

### Stół jadalny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Wysokość blatu wynosi 70 – 80 cm |  |  |  |
| Pusta przestrzeń na podjazd wózka o szerokości min. 80 cm i głębokości min. 60 cm |  |  |  |

### Szafki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Szafki/szuflady do wysokości blatu |  |  |  |
| Szuflady w szafkach posiadają blokadę przeciwko możliwości całkowitego wyciągnięcia szuflady |  |  |  |
| Uchwyty w kształcie litery „C” |  |  |  |
| Urządzenia grzewcze, tj. kuchenki, piekarniki, mikrofale itp. są dostępne na wysokości 70–90 cm. Sterowanie odbywa się za pomocą przycisków manualnych |  |  |  |

## 2.23 Pies asystujący

(obszar badany w czasie audytu dostępności, wyłączony z wnioskowania o grant)

### Pies asystujący/do dogoterapii

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Pies asystujący ma prawo wstępu do placówki i do każdego gabinetu, który działa w jej ramach |  |  |  |
| Psu zapewniono miskę z wodą na korytarzu, miejsce do leżenia na korytarzu i w gabinecie |  |  |  |

# EWAKUACJA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI

## 2.24 Ewakuacja

### Oznaczenia ewakuacyjne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czytelna informacja wizualna o drogach ewakuacji w postaci piktogramów i strzałek kierunkowych |  |  |  |  |

### Plan ewakuacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Graficzny plan ewakuacji, zlokalizowany w łatwym do znalezienia miejscu |  |  |  |  |

### System alarmowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Akustyczny system powiadamiania alarmowego w całym obiekcie |  |  |  |  |
| Wizualny system powiadamiania alarmowego w całym obiekcie |  |  |  |  |
| Wizualne elementy ostrzegawcze w miejscach widocznych dla pacjentów |  |  |  |  |
| Przycisk alarmu na wysokości od 80 cm do 110 cm od podłogi |  |  |  |  |

### Procedura ewakuacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| W procedurze ewakuacji ujęte są zapisy gwarantujące osobom z szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób |  |  |  |  |

### Drzwi wejściowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Sprężenie drzwi wejściowych automatycznych z systemem przeciwpożarowym (w sytuacji alarmowej drzwi powinny otworzyć się automatycznie i zostać w tej pozycji) |  |  |  |  |

### Oświetlenie awaryjne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Oświetlenie awaryjne w pomieszczeniach i na drogach ewakuacyjnych |  |  |  |  |

## 2.25 Dodatkowe działania dla bezpieczeństwa osób ze szczególnymi potrzebami

### Informacje dotykowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Oznaczenia dotykowe – wypukłe piktogramy i kierunkowskazy |  |  |  |  |

### Urządzenia do ewakuacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Placówka posiada maty ewakuacyjne |  |  |  |  |
| Placówka posiada krzesła ewakuacyjne |  |  |  |  |
| Placówka posiada materace ewakuacyjne |  |  |  |  |
| Personel został przeszkolony w zakresie ewakuacji |  |  |  |  |

### Pomieszczenie oczekiwania na ratunek

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| W placówce jest pomieszczenie do oczekiwania na ratunek |  |  |  |  |

### Informacja wizualna

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy placówka posiada funkcję wyświetlania komunikatów alarmowych na ekranach |  |  |  |  |

# Dostępność informacyjno-komunikacyjna

W kolumnie „Czy aktualnie jest spełniony wymóg?” wpisujemy **TAK** lub **NIE** lub **CZĘŚCIOWO** lub **NIE DOTYCZY** (w przypadku, gdy dany parametr/rozwiązanie nie występuje w placówce). Jeżeli odpowiedź brzmi TAK, nie wypełniamy kolumny „Działanie poprawiające dostępność”. Jeżeli odpowiedź jest NIE lub CZĘŚCIOWO, to w kolumnie „Działanie poprawiające dostępność” wpisujemy dokładny opis działań, jakie powinna podjąć placówka, aby poprawić dostępność dla danego parametru. Jeżeli nie jest możliwe działanie poprawiające dostępność należy wpisać konkretny powód braku realizacji. Jeżeli zdaniem audytora działanie może być zrealizowane w ramach grantu „Dostępność Plus dla AOS”, w ostatniej kolumnie wpisujemy TAK.

## 3.1 Wsparcie komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami – słuch i mowa

### Informacja o dostępnych formach kontaktu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka umieszcza na swojej stronie internetowej informacje, z jakich form komunikacji mogą skorzystać pacjenci ze szczególnymi potrzebami? |  |  |  |  |
| Czy Placówka umieszcza na czytelnej tablicy informacyjnej wewnątrz budynku informacje, z jakich form komunikacji mogą skorzystać pacjenci ze szczególnymi potrzebami? |  |  |  |  |

### Kontakt poprzez formularz kontaktowy oraz e-mail

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka zapewnia możliwość kontaktu poprzez wysłanie wiadomości na wskazany adres e-mail. Pacjent otrzymuje informację zwrotną na wskazany adres e-mailowy. |  |  |  |  |
| Czy Placówka zapewnia możliwość kontaktu poprzez formularz kontaktowy, który jest wypełniany przez pacjenta na stronie internetowej placówki? Pacjent otrzymuje informację zwrotną na wskazany adres e-mailowy. |  |  |  |  |

### Wiadomości tekstowe SMS, MMS lub z wykorzystaniem komunikatorów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Placówka uruchamia alternatywne względem linii telefonicznej kanały komunikacji. Mogą one obejmować odbieranie i wysyłanie wiadomości tekstowych (SMS, MMS). Każda odebrana wiadomość SMS, MMS jest potwierdzana przez wysłanie informacji zwrotnej o podejmowanych działaniach, w tym o przybliżonym czasie obsługi. |  |  |  |  |
| Placówka uruchamia alternatywne względem linii telefonicznej kanały komunikacji poprzez obsługę komunikatorów internetowych (w tym chatbotów), zgodnych ze standardem WCAG 2.1. Każda odebrana wiadomość jest potwierdzana przez wysłanie informacji zwrotnej o podejmowanych działaniach, w tym o przybliżonym czasie obsługi. |  |  |  |  |

### Połączenia wideo

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka umożliwia korzystanie z komunikatorów internetowych do bezpośredniego kontaktu między pacjentem (lub jego przedstawicielami) a placówką medyczną. |  |  |  |  |

### Strona internetowa

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka na swojej stronie internetowej publikuje treści dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami i umożliwia komunikację wielokanałową (za pośrednictwem różnych sposobów komunikacji). |  |  |  |  |

## 3.2 Sprzęt wspierający osoby z trudnościami w słyszeniu i mówieniu

### Pętle indukcyjne, systemy FM, IR, Bluetooth i inne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka zapewnia pętlę indukcyjną, która służy do wspomagania słuchu i zwiększa komfort słyszenia osób słabosłyszących, które korzystają z aparatu słuchowego oraz implantów słuchowych. |  |  |  |  |
| Czy alternatywą dla pętli indukcyjnej są inne systemy oparte na zastosowaniu nadajników i odbiorników FM, IR, Bluetooth. |  |  |  |  |

### Obsługa urządzeń przez personel

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Personel placówki ma wiedzę i umiejętności, które pozwolą pomóc pacjentowi w wyborze i użytkowaniu urządzenia. |  |  |  |  |
| Czy przeszkolono personel w tym zakresie. |  |  |  |  |
| Czy Pracownicy placówki obsługują wybrane przez pacjenta urządzenie – pętlę indukcyjną lub inny system wspomagania słyszenia. |  |  |  |  |

### Oznaczenie punktów obsługi pacjenta wyposażonych w urządzenia wspomagające słyszenie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Punkty obsługi pacjenta wyposażone w pętlę indukcyjną lub inne urządzenie wspomagające słyszenie są oznakowane w sposób widoczny i jednoznaczny za pomocą piktogramu zgodnego z normą ETSI EN 301 462 (2000-03). |  |  |  |  |

### Dodatkowe systemy komunikacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Pacjent może skorzystać z rozwiązania, które w jego przypadku będzie najskuteczniejsze dla efektywnego porozumiewania się z personelem placówki. |  |  |  |  |

### Instrukcja obsługi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka zapewnia materiały informacyjne i instrukcje obsługi dostępnych urządzeń wspomagających komunikację i w razie potrzeby przekazuje te materiały pacjentom. |  |  |  |  |

# ORGANIZACJA I PROCEDURY ZAPEWNIJĄCE DOSTĘPNOŚĆ

## 3.3 Informacje o zakresie działalności placówki zamieszczone na stronie internetowej

(obszar do zbadania w trakcie audytu w celu zbadania dostępności podmiotu, wyłączone z wnioskowania o grant)

### Opis działalności placówki w formie pliku tekstowego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Informacja w dokumencie powinna mieć:  jednolity kolor, odpowiedni kontrast, czcionkę bezszeryfową i w odpowiednim rozmiarze (minimum 14 punktów), interlinię 1,5 wiersza, wyrównanie do lewego marginesu, czarny druk, brak zbędnych grafik. |  |  |  |

### Opis działalności placówki w polskim języku migowym

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy Placówka zamieszcza na stronie internetowej plik w polskim języku migowym do pobrania lub zapewnia możliwość odtworzenia go wprost ze strony. |  |  |  |
| Rozmiar pliku jest zoptymalizowany, a sam plik łatwy do odtworzenia na różnych platformach i urządzeniach. |  |  |  |
| W nagraniu występuje osoba biegle posługująca się polskim językiem migowym |  |  |  |

### Opis działalności placówki w języku łatwym do czytania (ETR)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy informację o zakresie działalności placówki redagowano zgodnie z zasadami tworzenia tekstu łatwego do czytania i zrozumienia. |  |  |  |

### Aktualizacja strony internetowej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy informacje na stronie internetowej placówki są sprawdzane i aktualizowane co najmniej raz na pół roku lub bez zbędnej zwłoki, gdy coś się zmienia. |  |  |  |

### Rejestr dostępu alternatywnego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy placówka prowadzi rejestr sytuacji, w którym użyto alternatywnych rozwiązań do zapewnienia dostępności? |  |  |  |

## 3.4 Wniosek o poprawę komunikacji

(obszar do zbadania w trakcie audytu w celu zbadania dostępności podmiotu, wyłączone z wnioskowania o grant)

### Komunikacja na wniosek pacjenta

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy Placówka zapewnia osobie ze szczególnymi potrzebami możliwość komunikacji w sposób przez nią preferowany i dostosowany do jej potrzeb (np. poczta elektroniczna, telefon, wiadomości SMS, MMS, tłumacz języka migowego, tekst powiększony, system komunikacji dla osób głuchoniewidomych komunikacja alternatywna i wspomagająca). |  |  |  |
| Czy Pacjenci mogą zgłosić potrzebę wybranej formy komunikacji z placówką we wniosku składanym w formie papierowej lub elektronicznej. |  |  |  |
| Czy wniosek zawiera: dane teleadresowe osoby ze szczególnymi potrzebami, opis bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej komunikację, wskazanie preferowanej formy komunikacji, czas planowanego kontaktu z placówką. |  |  |  |
| Czy Placówka zamieszcza na stronie internetowej wzór wniosku, a także informację, w jaki sposób pacjent może złożyć wniosek oraz jak i kiedy otrzyma odpowiedź. |  |  |  |

### Złożenie wniosku przez osoby trzecie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy Placówka umożliwia złożenie wniosku przez osobę trzecią, która reprezentuje pacjenta (np. opiekun, członek rodziny, bliska osoba) na podstawie upoważnienia. |  |  |  |

## 3.5 Organizacja dostępności w placówce

### Koordynator do spraw dostępności

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka wyznaczyła co najmniej jedną osobę, która pełni funkcję koordynatora do spraw dostępności |  |  |  |  |
| Czy dane kontaktowe koordynatora do spraw dostępności (e-mail, numer telefonu służbowego) są zamieszczone na stronie internetowej placówki. |  |  |  |  |

### Asystent pacjenta ze szczególnymi potrzebami

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy placówka wyznaczyła asystenta pacjenta ze szczególnymi potrzebami? |  |  |  |  |

### Kontrola procedur

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Koordynator do spraw dostępności cyklicznie kontroluje poziom zapewnienia dostępności przez placówkę. |  |  |  |  |
| Czy wyniki badania koordynator przedstawia zarządowi placówki w sprawozdaniu rocznym.  W sytuacjach krytycznych (np. wyraźnego odstępstwa od standardów) czyni to niezwłocznie. |  |  |  |  |

### Sprzęt medyczny zwiększający dostępność

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka zapewnia pacjentom sprzęt i urządzenia, które ułatwią im lub umożliwią przeprowadzenie koniecznych procedur medycznych, badań, zabiegów. |  |  |  |  |

### Procedury na stronie internetowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy na stronie internetowej placówki są zamieszczone procedury obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami. |  |  |  |  |

## 3.6 Wnioski i skargi dotyczące dostępności

(dotyczy placówek publicznych) (obszar do zbadania w trakcie audytu w celu zbadania dostępności podmiotu, wyłączone z wnioskowania o grant)

### Rejestr wniosków

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy placówka prowadzi rejestr wniosków o zapewnienie dostępności |  |  |  |
| Czy rejestr zawiera: • datę zgłoszenia, • imię i nazwisko zgłaszającego, • dane kontaktowe, • opis potrzeby, • propozycję realizacji wniosku według zgłaszającego |  |  |  |
| Czy placówka prowadzi rejestr odmów? |  |  |  |

## 3.7 Badanie dostępności

(obszar do zbadania w trakcie audytu w celu zbadania dostępności podmiotu, wyłączone z wnioskowania o grant)

### Przegląd dostępności placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy raz w roku placówka przeprowadza przegląd dostępności? |  |  |  |

### Audyt dostępności

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** |
| Czy placówka zleca audyt dostępności raz na dwa lata? |  |  |  |

# KADRA PLACÓWKI

## 3.8 Szkolenia

### Szkolenie z dostępności

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy każdy pracownik placówki (w tym kadra zarządzająca i właściciel) ukończył szkolenie z zakresu dostępności (dostępność jako proces) |  |  |  |  |

### Szkolenie z zasad savoir-vivre’u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy każdy pracownik placówki (w tym kadra zarządzająca i właściciel) ukończył szkolenie z zasad savoir-vivre’u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami, oraz deklaruje stosowanie tych zasad. |  |  |  |  |

### Szkolenie z komunikacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy każdy pracownik placówki (w tym kadra zarządzająca i właściciel) ukończył szkolenie z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami? |  |  |  |  |

### Szkolenie ze standardu dostępnej wizyty medycznej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy każdy pracownik placówki (w tym kadra zarządzająca i właściciel) ukończył szkolenie ze standardu dostępnej wizyty medycznej? |  |  |  |  |

### Znajomość procedur dostępności

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy personel placówki został zapoznany z procedurami obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz przeszkolony z zakresu i sposobu stosowania tych procedur? |  |  |  |  |
| Czy każdy pracownik placówki złożył w tej sprawie stosowne oświadczenie opatrzone własnoręcznym podpisem? |  |  |  |  |
| Czy pacjenci mają możliwość zapoznać się z procedurami obsługi osób ze szczególnymi potrzebami? |  |  |  |  |

### Oznaczenia identyfikujące personel

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy pracownicy posiadają odpowiednie uniformy lub ich elementy (np. wszywki, identyfikatory). Powinny się na nich znaleźć co najmniej informacje o imieniu i nazwisku, funkcji pełnionej w placówce oraz nazwie placówki. Napis powinien być czytelny dla osób ze szczególnymi potrzebami. |  |  |  |  |

# Dostępność cyfrowa

W kolumnie „Czy aktualnie jest spełniony wymóg?” wpisujemy **TAK** lub **NIE** lub **CZĘŚCIOWO**, lub **NIE DOTYCZY** (w przypadku, gdy dany parametr nie występuje w placówce, np. brak aplikacji mobilnej). Jeżeli odpowiedź brzmi TAK, nie wypełniamy kolumny „Działanie poprawiające dostępność”. Jeżeli odpowiedź jest NIE lub CZĘŚCIOWO, to w kolumnie „Działanie poprawiające dostępność” wpisujemy dokładny opis działań, jakie powinna podjąć placówka, aby poprawić dostępność dla danego parametru. Jeżeli nie jest możliwe działanie poprawiające dostępność należy wpisać konkretny powód braku realizacji. Jeżeli zdaniem audytora działanie może być zrealizowane w ramach grantu „Dostępność Plus dla AOS”, w ostatniej kolumnie wpisujemy TAK.

## 4.1 Dostępna strona internetowa placówki

Spełnienie kryteriów sukcesu na poziomie AA według wytycznych WCAG 2.1

### Postrzegalność. Kryterium sukcesu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 1.1.1 – Treść nietekstowa |  |  |  |  |
| 1.2.1 – Tylko audio oraz tylko wideo (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.2.2 – Napisy rozszerzone (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.2.3 – Audiodeskrypcja lub alternatywa dla mediów (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.2.4 - Napisy rozszerzone (na żywo) |  |  |  |  |
| 1.2.5 – Audiodeskrypcja (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.3.1 – Informacje i relacje |  |  |  |  |
| 1.3.2 – Zrozumiała kolejność |  |  |  |  |
| 1.3.3 – Właściwości zmysłowe |  |  |  |  |
| 1.3.4 – Orientacja |  |  |  |  |
| 1.3.5 – Określenie prawidłowej wartości |  |  |  |  |
| 1.4.1 – Użycie koloru |  |  |  |  |
| 1.4.2 – Kontrola odtwarzania dźwięku |  |  |  |  |
| 1.4.3 – Kontrast (minimalny) |  |  |  |  |
| 1.4.4 – Zmiana rozmiaru tekstu |  |  |  |  |
| 1.4.5 – Obraz tekstu |  |  |  |  |
| 1.4.10 – Dopasowanie do ekranu |  |  |  |  |
| 1.4.11 – Kontrast elementów nietekstowych |  |  |  |  |
| 1.4.12 – Odstępy w tekście |  |  |  |  |
| 1.4.13 – Treści spod kursora lub fokusa |  |  |  |  |

### Funkcjonalność. Kryterium sukcesu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 2.1.1 – Klawiatura |  |  |  |  |
| 2.1.2 – Brak pułapki na klawiaturę |  |  |  |  |
| 2.1.4 – Jednoznakowe skróty klawiszowe |  |  |  |  |
| 2.2.1 – Możliwość dostosowania czasu |  |  |  |  |
| 2.2.2 – Pauza, zatrzymanie, ukrycie |  |  |  |  |
| 2.3.1 – Trzy błyski lub wartości poniżej progu |  |  |  |  |
| 2.4.1 – Możliwość pominięcia bloków |  |  |  |  |
| 2.4.2 – Tytuły stron |  |  |  |  |
| 2.4.3 – Kolejność fokusu |  |  |  |  |
| 2.4.4 – Cel linku (w kontekście) |  |  |  |  |
| 2.4.5 – Wiele dróg |  |  |  |  |
| 2.4.6 – Nagłówki i etykiety |  |  |  |  |
| 2.4.7 – Widoczny fokus |  |  |  |  |
| 2.5.1 – Gesty punktowe |  |  |  |  |
| 2.5.2 – Rezygnacja ze wskazania |  |  |  |  |
| 2.5.3 – Etykieta w nazwie |  |  |  |  |
| 2.5.4 – Aktywowanie ruchem |  |  |  |  |

### Zrozumiałość. Kryterium sukcesu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 3.1.1 – Język strony |  |  |  |  |
| 3.1.2 – Język części |  |  |  |  |
| 3.2.1 – Po otrzymaniu fokusa |  |  |  |  |
| 3.2.2 – Podczas wprowadzania danych |  |  |  |  |
| 3.2.3 – Spójna nawigacja |  |  |  |  |
| 3.2.4 – Spójna identyfikacja |  |  |  |  |
| 3.3.1 – Identyfikacja błędu |  |  |  |  |
| 3.3.2 – Etykiety lub instrukcje |  |  |  |  |
| 3.3.3 – Sugestie korekty błędów |  |  |  |  |
| 3.3.4 – Zapobieganie błędom (prawnym, finansowym, w danych) |  |  |  |  |

### Kompatybilność. Kryterium sukcesu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 4.1.1 – Poprawność kodu |  |  |  |  |
| 4.1.2 – Nazwa, rola, wartość |  |  |  |  |
| 4.1.3 – Komunikaty o stanie |  |  |  |  |

## 4.2 Deklaracja dostępności

| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy na stronie podmiotu jest deklaracja dostępności? |  |  |  |  |
| Czy deklaracja dostępności jest przygotowana w formacie HTML w sposób dostępny cyfrowo? |  |  |  |  |
| Czy deklaracja dostępność jest zgodna z deklarowanym językiem strony? |  |  |  |  |
| Kolejność zamieszczania informacji w deklaracji dostępności. |  |  |  |  |
| Obowiązkowe elementy deklaracji, a w niektórych przypadkach także ich dokładne brzmienie; |  |  |  |  |
| Śródtytuły (nagłówki) w deklaracji |  |  |  |  |
| Specjalne, dodatkowe identyfikatory HTML, które musisz dodać do konkretnych danych w deklaracji. |  |  |  |  |

### Zgodność deklaracji z tabelą identyfikatorów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| a11y-wstep |  |  |  |  |
| a11y-podmiot |  |  |  |  |
| a11y-zakres |  |  |  |  |
| a11y-url |  |  |  |  |
| a11y-data-publikacja |  |  |  |  |
| a11y-data-aktualizacja |  |  |  |  |
| a11y-status |  |  |  |  |
| a11y-ocena |  |  |  |  |
| a11y-kontakt |  |  |  |  |
| a11y-email |  |  |  |  |
| a11y-telefon |  |  |  |  |
| a11y-procedura |  |  |  |  |
| a11y-data-sporzadzenie |  |  |  |  |
| a11y-data-przeglad |  |  |  |  |
| a11y-aplikacje |  |  |  |  |
| a11y-architektura |  |  |  |  |
| a11y-architektura-url |  |  |  |  |
| a11y-komunikacja |  |  |  |  |

## 4.3 Dostępność aplikacji mobilnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 1.1.1 – Treść nietekstowa |  |  |  |  |
| 1.2.1 – Tylko audio oraz tylko wideo (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.2.2 – Napisy rozszerzone (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.2.3 – Audiodeskrypcja lub alternatywa dla mediów (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.2.4 - Napisy rozszerzone (na żywo) |  |  |  |  |
| 1.2.5 – Audiodeskrypcja (nagranie) |  |  |  |  |
| 1.3.1 – Informacje i relacje |  |  |  |  |
| 1.3.2 – Zrozumiała kolejność |  |  |  |  |
| 1.3.3 – Właściwości zmysłowe |  |  |  |  |
| 1.3.4 – Orientacja |  |  |  |  |
| 1.3.5 – Określenie prawidłowej wartości |  |  |  |  |
| 1.4.1 – Użycie koloru |  |  |  |  |
| 1.4.2 – Kontrola odtwarzania dźwięku |  |  |  |  |
| 1.4.3 – Kontrast (minimalny) |  |  |  |  |
| 1.4.4 – Zmiana rozmiaru tekstu |  |  |  |  |
| 1.4.5 – Obraz tekstu |  |  |  |  |
| 1.4.10 – Dopasowanie do ekranu |  |  |  |  |
| 1.4.11 – Kontrast elementów nietekstowych |  |  |  |  |
| 1.4.12 – Odstępy w tekście |  |  |  |  |
| 1.4.13 – Treści spod kursora lub fokusa |  |  |  |  |

### Funkcjonalność. Kryterium sukcesu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 2.1.1 – Klawiatura |  |  |  |  |
| 2.1.2 – Brak pułapki na klawiaturę |  |  |  |  |
| 2.1.4 – Jednoznakowe skróty klawiszowe |  |  |  |  |
| 2.2.1 – Możliwość dostosowania czasu |  |  |  |  |
| 2.2.2 – Pauza, zatrzymanie, ukrycie |  |  |  |  |
| 2.3.1 – Trzy błyski lub wartości poniżej progu |  |  |  |  |
| 2.4.3 – Kolejność fokusu |  |  |  |  |
| 2.4.4 – Cel linku (w kontekście) |  |  |  |  |
| 2.4.6 – Nagłówki i etykiety |  |  |  |  |
| 2.4.7 – Widoczny fokus |  |  |  |  |
| 2.5.1 – Gesty punktowe |  |  |  |  |
| 2.5.2 – Rezygnacja ze wskazania |  |  |  |  |
| 2.5.3 – Etykieta w nazwie |  |  |  |  |
| 2.5.4 – Aktywowanie ruchem |  |  |  |  |

### Zrozumiałość. Kryterium sukcesu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 3.1.1 – Język strony |  |  |  |  |
| 3.2.1 – Po otrzymaniu fokusa |  |  |  |  |
| 3.2.2 – Podczas wprowadzania danych |  |  |  |  |
| 3.3.1 – Identyfikacja błędu |  |  |  |  |
| 3.3.2 – Etykiety lub instrukcje |  |  |  |  |
| 3.3.3 – Sugestie korekty błędów |  |  |  |  |
| 3.3.4 – Zapobieganie błędom (prawnym, finansowym, w danych) |  |  |  |  |

### Kompatybilność. Kryterium sukcesu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| 4.1.1 – Poprawność kodu |  |  |  |  |
| 4.1.2 – Nazwa, rola, wartość |  |  |  |  |

## 4.4 Cyfrowy kontakt z pacjentem

### Tłumacz polskiego języka migowego on-line

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy placówka zapewnia dostęp do tłumacza migowego on-line |  |  |  |  |

### Pętla indukcyjna

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy punkty obsługi pacjenta są wyposażone w pętle indukcyjne |  |  |  |  |
| Czy przeszkolono personel w tym zakresie. |  |  |  |  |

### Urządzenia do komunikacji alternatywnej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy placówka została wyposażona w narzędzia (np. tablety) z oprogramowaniem do komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)? |  |  |  |  |

## 4.5 Teleopieka

### Kontakt (połącznie) audio-wideo

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy w Placówce jest zapewniony kontakt audio-wideo z lekarzem? |  |  |  |  |

### Kontakt za pośrednictwem RTT (Real-Time-Text)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy placówka zapewnia kontakt RTT? |  |  |  |  |
| Czy placówka posiada właściwy sprzęt umożliwiający kontakt RTT (smartfon, komputer, tablet)? |  |  |  |  |

## 4.6 Dokumenty

### Dokument opisujący zakres działalności placówki w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka posiada tekst odczytywalny maszynowo w formacie pdf lub html? |  |  |  |  |

### Dokument opisujący zakres działalności placówki w postaci nagrania treści w polskim języku migowym

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy Placówka posiada nagranie w polskim języku migowym? |  |  |  |  |

### Dokument opisujący zakres działalności placówki w formie tekstu łatwego do czytania i zrozumienia ETR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy na stronie internetowej Placówki teksty/artykuły są napisane w formie tekstu łatwego do czytania i zrozumienia ETR? |  |  |  |  |

## 4.7 Szkolenie z kompetencji cyfrowych

### Szkolenia dla redaktora tekstów zamieszczanych na stronie internetowej Placówki?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymóg Standardu Dostępności AOS** | **Czy aktualnie jest spełniony wymóg?** | **Działanie poprawiające dostępność, jeśli wymóg niespełniony lub częściowo spełniony** | **Wskaż powód braku możliwości spełnienia wymogu (jeśli dotyczy) i jeśli zasadne opisz możliwość zastosowania dostępu alternatywnego** | **Czy zadanie jest rekomendowane do finansowania w ramach grantu?** |
| Czy osoba odpowiedzialna za zamieszczanie tekstów na stronie internetowej Placówki została przeszkolona z kompetencji cyfrowych w zakresie przygotowywania i publikowania treści na stronie? |  |  |  |  |

# Podsumowanie

## 5.1 Główne bariery występujące w placówce

**(należy wskazać, w których obszarach występują bariery i na czym one polegają)**



## 5.2 Kluczowe rekomendacje w zakresie działań poprawiających dostępność – lista według kryteriów i zaleceń audytora

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres architektoniczny |  |
| Zakres informacyjno-komunikacyjny |  |
| Zakres cyfrowy |  |

**W odniesieniu do strony internetowej Placówka może:**

* Przeprowadzić aktualizację strony (czyli, dodanie nowych treści, np. wpisy na blogu, aktualizacja Deklaracji dostępności do 2.0 czy dodanie ETR. Poprawa wyglądu i układu elementów na stronie).
* Naprawić stronę (czyli usunięcie błędów wyświetlania, działania strony, aktualizacja komponentów itp. - np. nieładujące się obrazy, niedziałające linki. Naprawa błędów w kodzie powodujących problemy z działaniem strony).
* Wykonać nową stronę w całości.

# Załączniki

**Dokumentacja fotograficzna**