

MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ		ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
Nazwa i adres podmiotu publicznego Państwowe Gospodarstwo Leśne Lasy Państwowe Nadleśnictwo Opoczno, Sitowa 15, 26-300 Opoczno	Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego	Portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl/ Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin
Numer identyfikacyjny REGON <i>(wpisać, jeśli podmiot posiada)</i> 59001921200000	Stan w dniu 01.01.2025 r.	Termin przekazania: do 31.03.2025 r.

Obowiązek przekazania danych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. 2023 r. poz. 773) oraz z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz. 2240, z późn. zm.).

o p o c z n o @ l o d z . l a s y . g o v . p l

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo Łódzkie	Powiat Opoczyński	Gmina Opoczno (obszar wiejski)
---------------------	-------------------	--------------------------------

Dział 1. Dostępność architektoniczna

Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów	12 <i>(wpisać)</i>	
1. Wolne od barier przestrzenie komunikacyjne w budynkach		
a. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier wszystkie przestrzenie komunikacyjne	1 <i>(wpisać)</i>	
b. Liczba budynków, w których podmiot częściowo zapewnia wolne od barier przestrzenie komunikacyjne	1 <i>(wpisać)</i>	
c. Liczba budynków, w których podmiot nie zapewnia wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych	10 <i>(wpisać)</i>	
2. Dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach (z wyłączeniem pomieszczeń technicznych)		
a. Liczba budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń	1 <i>(wpisać)</i>	
b. Liczba budynków, w których podmiot nie umożliwia dostępu do wszystkich pomieszczeń	11 <i>(wpisać)</i>	
c. Rodzaje rozwiązań, które podmiot zastosował, aby umożliwić dostęp do wszystkich pomieszczeń w budynkach <i>(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)</i>		
Rozwiązania architektoniczne <input checked="" type="checkbox"/>	Środki techniczne <input checked="" type="checkbox"/>	Zainstalowane urządzenia <input checked="" type="checkbox"/>
3. Informacja na temat rozkładu pomieszczeń w budynkach		
a. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy	0 <i>(wpisać)</i>	
b. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i głosowy	0 <i>(wpisać)</i>	
c. Liczba budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny, dotykowy i głosowy	0 <i>(wpisać)</i>	
4. Dostęp do budynków dla osób korzystających z psa asystującego		
a. Liczba budynków, do których podmiot zapewnia wstęp osobie korzystającej z psa asystującego	12 <i>(wpisać)</i>	
b. Liczba budynków, do których podmiot nie zapewnia wstępu osobie korzystającej z psa asystującego	0 <i>(wpisać)</i>	

Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się? <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–h)</i>		
a. Zastosowanie formularza kontaktowego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
b. Kontakt za pomocą poczty elektronicznej	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
e. Przesyłanie faksów	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: <i>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i> 1) od razu <input type="checkbox"/> 2) w ciągu 1 dnia roboczego <input type="checkbox"/> 3) w ciągu 2-3 dni roboczych <input type="checkbox"/> 4) powyżej 3 dni roboczych <input type="checkbox"/>		
h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
2. Czy podmiot posiada urządzenia lub środki techniczne do obsługi osób słabosłyszących? <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących)</i>		
a. Pętle indukcyjne	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
b. Systemy FM	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
c. Systemy na podczerwień (IR)	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
d. Systemy Bluetooth	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
e. Inne <i>(prosimy o opis słowny posiadanych urządzeń lub środków technicznych)</i>	TAK <input type="checkbox"/> Liczba: <i>(wpisać)</i>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
3. Czy podmiot zapewnia na swojej głównej stronie internetowej informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci: <i>(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c)</i>		
a. tekstu odczytywalnego maszynowo? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
4. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał od osób ze szczególnymi potrzebami wnioski o zapewnienie szczególnej formy komunikacji? <i>(na podstawie art. 6 pkt 3 lit.d Uzd, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</i>		
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
<i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji</i>		
Liczba wniosków – ogółem		..... <i>(wpisać)</i>

<p>Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form (wpisać słownie np. alfabet Lorma - 1 raz, druk w alfabecie Braille'a - 3 razy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Komentarze i uwagi dotyczące dostępności informacyjno-komunikacyjnej: (proszę zamieścić tu <u>słowny opis dostępności informacyjno-komunikacyjnej</u>, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej – na swojej stronie internetowej)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Dział 4. Informacja o dostępie alternatywnym

<p>Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot zapewniał dostęp alternatywny? (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</p>	
<p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/></p>	
<p><i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji</i></p>	
<p>Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego ogółem (wpisać)</p>	
z tego w postaci	wsparcia innej osoby (wpisać)
	wsparcia technicznego (wpisać)
	zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu (wpisać)
<p>Brak jakiego rodzaju dostępności był powodem konieczności zastosowania dostępu alternatywnego? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)</p> <p>Architektoniczna <input type="checkbox"/> Cyfrowa <input type="checkbox"/> Informacyjno-komunikacyjna <input type="checkbox"/></p>	
<p>Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Dział 5. Informacje o otrzymanych wnioskach/żądaniach zapewnienia dostępności oraz postępowanie skargowe

<p>1. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 20.09.2021 r. do 01.01.2025 r. – podmiot otrzymał wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej i/lub informacyjno-komunikacyjnej? (na podstawie art. 30 Uzd. proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)</p>		
<p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/></p>		
<p><i>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji</i></p>		
<p>Liczba otrzymanych wniosków o zapewnienie dostępności ogółem (wpisać)</p>		
z tego	dotyczących	wyłącznie dostępności architektonicznej (wpisać)
		wyłącznie dostępności informacyjno-komunikacyjnej (wpisać)
		łącznie dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej (wnioski o charakterze mieszanym dotyczące łącznie ww. rodzajów dostępności) (wpisać)
	rozpatrzonych w terminie	do 14 dni (wpisać)
		dłuższym niż 14 dni (wpisać)

Liczba negatywnie rozpatrzonych wniosków o zapewnienie dostępności		..... (wpisać)
z tego dotyczących	wyłącznie dostępności architektonicznej	..... (wpisać)
	wyłącznie dostępności informacyjno-komunikacyjnej	..... (wpisać)
	łącznie dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej	..... (wpisać)
Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności (można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)		
Bariery prawne <input type="checkbox"/> Bariery techniczne <input type="checkbox"/> Bariery finansowe <input type="checkbox"/> Braki kadrowe <input type="checkbox"/> Brak czasu <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		
.....		
2. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. (strony internetowe) lub od 23.06.2021 r. do 01.01.2025 r. (aplikacje mobilne) – podmiot otrzymał żądanie zapewnienia dostępności cyfrowej? (na podstawie art. 18 UdC, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)		
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji		
Liczba otrzymanych żądań zapewnienia dostępności cyfrowej ogółem		..... (wpisać)
Liczba żądań rozpatrzonych w terminie	do 7 dni	..... (wpisać)
	dłuższym niż 7 dni	..... (wpisać)
Liczba negatywnie rozpatrzonych żądań zapewnienia dostępności cyfrowej		..... (wpisać)
Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności cyfrowej (można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)		
Bariery prawne <input type="checkbox"/> Bariery techniczne <input type="checkbox"/> Bariery finansowe <input type="checkbox"/> Braki kadrowe <input type="checkbox"/> Brak czasu <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		
.....		
3. Czy w okresie sprawozdawczym – tj. od 02.01.2021 r. do 01.01.2025 r. (strony internetowe) lub od 23.06.2021 r. do 01.01.2025 r. (aplikacje mobilne) – podmiot otrzymał skargę na brak dostępności cyfrowej? (na podstawie art. 18 UdC, proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)		
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/>		
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji		
Liczba otrzymanych skarg na brak dostępności cyfrowej ogółem		..... (wpisać)
z tego	pozytywnie rozpatrzonych	..... (wpisać)
	negatywnie rozpatrzonych	..... (wpisać)

Główna przyczyna odmowy zapewnienia dostępności, do której odnoszą się złożone skargi

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi; w przypadku wyboru odpowiedzi „Inne”, proszę opisać słownie)

Bariery prawne

Bariery techniczne

Bariery finansowe

Braki kadrowe

Brak czasu

Inne

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(e-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz – WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI)

k | a | r | o | l | . | c | h | a | j | d | e | c | k | i | @ | l | o | d | z | . | l | a | s | y | . | g | o | v | . | p | l |

44 755 18 70
.....
(telefon kontaktowy)

Sitowa, 31.03.2025r.
.....
(miejscowość, data)