**Załącznik nr 6 do procedury**

**Wzór raportu z audytu wstępnego**

**RAPORT Z AUDYTU WSTĘPNEGO**

**………………………………….**

**(miejscowość, data)**

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?.....................................
* Wpis do rejestru zabytków….tak/nie
* Wpis do gminnej ewidencji zabytków … tak/nie
* Obszarowa ochrona konserwatorska ... tak/nie

Liczba wejść do budynku, w tym liczba wejść do AOS:…………………………………………………

Wejście do budynku odrębne dla pacjentów AOS czy wspólne pacjentami innego rodzaju świadczeń: Tak/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? Tak/Nie …………….. Jeśli „Tak” to odrębna dla pacjentów AOS czy też dla innych pacjentów?
* Rejestracja odrębna dla pacjentów AOS czy wspólna z innymi pacjentami: Tak/Nie ……. Jeśli wspólna to podać z jakimi:…..
* Gabinety odrębnie dla pacjentów AOS czy też dla innych pacjentów? Tak/Nie..... Jeśli wspólna 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 innymi pacjentami: Tak/Nie …… Jeśli wspólna to podać z jakimi:…..
* Toaleta odrębna dla pacjentów AOS czy wspólna z innymi pacjentami: Tak/Nie …… Jeśli wspólna to podać z jakimi:…..
* Parking odrębny dla pacjentów AOS czy wspólne pacjentami innego rodzaju świadczeń: Tak/Nie…………………….. Jeśli wspólna to podać z jakimi:…..

1. **STAN PRAWNY NIERUCHOMOŚCI:**

Prawo własności: tak/nie…………

Wieczyste użytkowanie: tak/ nie ………………….

Użytkowanie: tak/nie (czas władania na podstawie użytkowania.....................)

Dzierżawa: tak/ nie (czas trwania umowy dzierżawy do................)

Umowa najmu: tak/nie (czas trwania umowy najmu do……………..)

1. **PERSONEL PLACÓWKI**

Liczba lekarzy każdej specjalności: ……………………..

Liczba pielęgniarek:…………………………….

Liczba położnych:……………………

Liczba osób pracuje w rejestracji:………………………………

Czy w placówce jest wyznaczony koordynator ds. dostępności: Tak/Nie

# **Informacje o audycie dostępności**

* 1. **Cel i zakres audytu**

Celem audytu jest określenie poziomu dostępności placówki w zakres” architektonicznym, informacyjno-komunikacyjnym i cyfrowym w oparciu o „Standard Dostępności AOS” opracowany 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 zastosowana metodologię np. obserwacja, analiza dokumentacji, wywiady z personelem i pacjentami)…………………………...

Zakres informacyjno-komunikacyjny: (należy wskazać zastosowana metodologię np. obserwacja, analiza dokumentacji, wywiady z personelem i pacjentami)…………………………...

Zakres cyfrowy: (należy wskazać zastosowana metodologię np. obserwacja, analiza dokumentacji, wywiady z personelem i pacjentami)…………………………...

* 1. **Zasady wypełniania raportu:**

Wypełniamy tylko białe pola. W kolumnie **„Czy aktualnie jest spełniony wymóg?”** wpisujemy TAK lub NIE lub CZĘŚCIOWO. 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**

# **Dojście do 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szerokość chodnika** |  |  |  |  |
| Szerokość ciągów pieszych nie mniejsza niż 150 cm |  |  |  |  |
| Brak przeszkód terenowych i zawężeń |  |  |  |  |
| Skrajnia minimum 30 cm |  |  |  |  |
| **Nawierzchnia chodnika** |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Twarda |  |  |  |  |
| Z jednorodnego materiału |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa - powierzchnie nieszkliwione |  |  |  |  |
| Są to płyty ażurowe i nawierzchnie nieustabilizowane, takie jak grys, kamienie czy geokrata (niedopuszczalne) |  |  |  |  |
| **Nachylenie chodnika** |  |  |  |  |
| Nachylenie podłużne max 5% |  |  |  |  |
| Nachylenie poprzeczne max 2% |  |  |  |  |
| Pokonanie różnic wysokości za pomocą schodów zewnętrznych |  |  |  |  |
| Krawężniki na dojściach o wysokości maksymalnej do 2 cm |  |  |  |  |
| **Oświetlenie dojścia do przychodni** |  |  |  |  |
| Brak rzucania ostrych cieni od słońca |  |  |  |  |
| Oświetlenie ciągów pieszych równomierne światłem sztucznym min. 30 lx |  |  |  |  |
| Źródła światła sztucznego na wysokości min. 2,0 m. Niedopuszczalne źródło światła w posadce |  |  |  |  |
| **Oznaczenia dla osób niewidomych i niewidzących** |  |  |  |  |
| Oznaczenia fakturowe uwagi na skrzyżowaniu zmian kierunku ruchu |  |  |  |  |
| Oznaczenia fakturowe kierunku - zmianę kierunku należy stosować przy przystankach komunikacji zbiorowej, zmianie kierunku na chodniku i w strefie bezpośredniej przy placówce opieki zdrowotnej |  |  |  |  |
| Oznaczenia fakturowe ostrzegawcze przy przejściach dla pieszych w bezpośrednim sąsiedztwie przystanków komunikacji zbiorowej od strony jezdni i miejsca kolizyjne np. Ze schodami terenowymi |  |  |  |  |
| **Miejsca odpoczynku przy chodniku** |  |  |  |  |
| Są wydzielone przy ciągach pieszych, lecz nie zawężają ich szerokości |  |  |  |  |
| Miejsce odpoczynku maksymalnie co 50 m |  |  |  |  |
| Ławki/siedziska z podłokietnikami |  |  |  |  |
| Ławki/siedziska z oparciami |  |  |  |  |
| Wysokość siedziska 42-48 cm |  |  |  |  |
| Szerokość 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. |  |  |  |  |

# **Schody w przestrzeni publicznej (terenowe)**

| **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 a chodniki** |  |  |  |  |
| Ciągi minimum 150 cm |  |  |  |  |
| **Szerokość schodów** |  |  |  |  |
| Min 120 cm |  |  |  |  |
| **Stopnie schodów** |  |  |  |  |
| Liczba stopni od 3 do 10 |  |  |  |  |
| Wysokość nie większa niż 15 cm i nie mniejsza niż 12 cm |  |  |  |  |
| Głębokość min. 35 cm |  |  |  |  |
| Suma dwóch wysokości stopnia i głębokości stopnia wynosi 60–65 cm |  |  |  |  |
| Są to schody zabiegowe i wachlarzowych (nie mają racji bytu) |  |  |  |  |
| Są to schody z noskami i podcięciami (nie mają racji bytu) |  |  |  |  |
| **Spoczniki** |  |  |  |  |
| Szerokość przy zmianie kierunku ruchu minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| **Balustrady** |  |  |  |  |
| Po obu stronach min 110 cm jeśli różnica poziomów powyżej 50 cm |  |  |  |  |
| Otwory w balustradzie o mniejsze niż 12 cm |  |  |  |  |
| Szklane balustrady skontrastowane w połowie wysokości pasem o szerokości minimum 10 cm |  |  |  |  |
| **Pochwyty** |  |  |  |  |
| Dla każdych schodów bez względu na różnicę poziomów |  |  |  |  |
| Po obu stronach |  |  |  |  |
| Jeśli ciąg schodów powyżej 4 m to pochwyt pośredni dzielący szerokość schodów na odcinki mniejsze niż 4 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 schodów** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| **Nawierzchnia schodów** |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa R 10 |  |  |  |  |
| **Oświetlenie schodów** |  |  |  |  |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Światło sztuczne minimum 30 lx |  |  |  |  |

# **Droga z przystanku do 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bliskość przystanku** |  |  |  |  |
| Nie dalej niż 100 m od placówki |  |  |  |  |

# **Miejsca parkingowe**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lokalizacja miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnością** |  |  |  |  |
| Odległość od wejścia głównego nie większa niż 50 m |  |  |  |  |
| Odległość od okien budynku nie mniejsza niż 5 m |  |  |  |  |
| **Liczba miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnością** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| **Nawierzchnia** |  |  |  |  |
| Miejsce postojowe jest równe |  |  |  |  |
| Nachylenie poziome nieprzekraczające 2 % |  |  |  |  |
| Nachylenie poprzeczne nieprzekraczające 2 % |  |  |  |  |
| Miejsce postojowe posiada i antypoślizgową nawierzchnię - odpowiednia farba drogowa o stosownych atestach |  |  |  |  |
| Brak wpustów rynienek odprowadzających wodę i studzienek kanalizacyjnych w obszarze miejsca postojowego |  |  |  |  |
| **Dostęp do chodnika** |  |  |  |  |
| Z miejsca postojowego 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 |  |  |  |  |
| Miejsce parkingowe wyniesione do poziomu równego z chodnikiem |  |  |  |  |
| **Wymiary miejsc** |  |  |  |  |
| Szerokość minimum 360 cm |  |  |  |  |
| Długość minimum 500 cm |  |  |  |  |
| **Wymiary miejsc postojowych równoległych** |  |  |  |  |
| Szerokość dla samochodów minimum 360cm |  |  |  |  |
| Długość dla samochodów minimum 600 cm |  |  |  |  |
| Szerokość dla dostosowanych busów minimum 360 cm |  |  |  |  |
| Długość dla dostosowanych busów minimum 900 cm |  |  |  |  |
| **Oznaczenia** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Wymaga się, aby cały obszar miejsca postojowego dla osób z niepełnosprawnością był oznaczony kolorem niebieskim |  |  |  |  |

# **Schody zewnętrzne**

| **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 a chodniki** |  |  |  |  |
| Ciągi minimum 180 cm |  |  |  |  |
| **Szerokość schodów** |  |  |  |  |
| Min 140 cm |  |  |  |  |
| **Stopnie** |  |  |  |  |
| Liczba stopni od 3 do 10 |  |  |  |  |
| Wysokość nie większa niż 15 cm i nie mniejsza niż 12 cm |  |  |  |  |
| Głębokość min. 35 cm |  |  |  |  |
| Są to schody zabiegowe i wachlarzowych (nie mają racji bytu) |  |  |  |  |
| Są to schody z noskami i podcięciami (nie mają racji bytu) |  |  |  |  |
| **Spoczniki** |  |  |  |  |
| Szerokość przy zmianie kierunku ruchu minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| **Balustrady** |  |  |  |  |
| Po obu stronach min 110 cm jeśli różnica poziomów powyżej 50 cm |  |  |  |  |
| Otwory w balustradzie o mniejsze niż 12 cm |  |  |  |  |
| Szklane balustrady skontrastowane w połowie wysokości pasem o szerokości minimum 10 cm |  |  |  |  |
| **Poręcze (pochwyty)** |  |  |  |  |
| Są - dla każdych schodów bez względu na różnicę poziomów |  |  |  |  |
| Po obu stronach |  |  |  |  |
| Jeśli ciąg schodów powyżej 4 m to pochwyt pośredni dzielący szerokość schodów na odcinki mniejsze niż 4 |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa R 10 |  |  |  |  |
| Elementy leżące na schodach (np. Wycieraczki) trwale do nich przymocowane |  |  |  |  |
| **Oświetlenie** |  |  |  |  |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Światło sztuczne minimum 30 lx |  |  |  |  |
| **Zadaszenie** |  |  |  |  |
| Jeżeli to możliwe, powinno być |  |  |  |  |
| Minimalna wysokość zadaszenia 240 cm. |  |  |  |  |

# **Pochylnia zewnętrzna**

| **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 pochylni** |  |  |  |  |
| 1,2 m między krawężnikami |  |  |  |  |
| **Nachylenie** |  |  |  |  |
| do 15 cm różnicy wysokości bez dachu maksymalnie 15% |  |  |  |  |
| 0d 15 do 50 cm różnicy wysokości bez dachu maksymalnie 8% |  |  |  |  |
| Powyżej 50 cm różnicy wysokości bez dachu maksymalnie 6% |  |  |  |  |
| Do 15 cm różnicy wysokości pod dachem maksymalnie 15% |  |  |  |  |
| Od 15 do 50 cm różnicy wysokości pod dachem maksymalnie 10% |  |  |  |  |
| Powyżej 50 cm różnicy wysokości pod dachem maksymalnie 8% |  |  |  |  |
| **Długość odcinka pochylni** |  |  |  |  |
| Maks. 9 m |  |  |  |  |
| **Spoczniki** |  |  |  |  |
| Spocznik pośredni minimum 1,2 szerokości na 1,4 długości |  |  |  |  |
| Wymiary spocznika, na którym występuje zmiana kierunku pochylni: minimalny wymiar powierzchni 150 cm na 150 cm. |  |  |  |  |
| **Poręcze** |  |  |  |  |
| Po obu stronach |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 90 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 75 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 90 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 75 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Przekrój - koło albo elipsa |  |  |  |  |
| Przekrój - średnica od 3,5 do 4,5 |  |  |  |  |
| Odległość od ściany prawego pochwytu 5 cm |  |  |  |  |
| Odległość od ściany lewego pochwytu 5 cm |  |  |  |  |
| Odstęp między pochwytami od 1 do 1,1 m |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 7 cm od poziomu pochylni po prawej stronie pochylni |  |  |  |  |
| 7 cm od poziomu pochylni po lewej stronie pochylni |  |  |  |  |
| **Początek i koniec pochylni** |  |  |  |  |
| Minimum szerokość 120 cm długość 150 cm |  |  |  |  |
| Minimum 150 cm na 150 cm poza polem otwierania skrzydła drzwi wejściowych do budynku |  |  |  |  |
| **Oznaczenie** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Twarda |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Nieśliska minimum R10 |  |  |  |  |
| **Oświetlenie** |  |  |  |  |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Oświetlone światłem sztucznym min 30 lx |  |  |  |  |

**KOMUNIKACJA PIONOWA NA ZEWNĄTRZ BUDYNKU**

# **Podnośniki**

| **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 schodowy (ukośny/poręczowy)** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |

# **Winda (dźwig osobowy)**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gdzie powinna znajdować się winda?** |  |  |  |  |
| Winda umiejscowiona jak najbliżej wejścia do placówki |  |  |  |  |
| Są informacje wskazujące drogę dotarcia do urządzenia |  |  |  |  |
| Otoczenie windy oświetlone światłem sztucznym o natężeniu minimum 30 lx |  |  |  |  |
| Odległość pomiędzy drzwiami windy a przeciwległą ścianą lub inną przegrodą wynosi co najmniej 160 cm poza obrysem otwarcia drzwi |  |  |  |  |
| **Wejście do windy** |  |  |  |  |
| 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 wykonane wypukłą, kontrastową czcionką i umieszczone na wysokości wzroku, tj. 145 cm – 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi windy oraz ich obramowanie są kontrastowe do otoczenia |  |  |  |  |
| **Panel zewnętrzny** |  |  |  |  |
| 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 wyposażone w wypukłe przyciski |  |  |  |  |
| Przyciski panelu zewnętrznego są oznaczone w alfabecie Braille'a |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego oznaczone są wypukłymi symbolami |  |  |  |  |
| Przyciski panel 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 sygnalizacja świetlną przyjazdu windy |  |  |  |  |
| **Kabina windy** |  |  |  |  |
| Drzwi do kabiny mają szerokość minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi wyposażone są w czujniki zamykania i otwierania drzwi |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Na ścianie naprzeciw drzwi zamontowane jest lustro (nie dotyczy wind przelotowych) i wind o powierzchni minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| Na ścianie naprzeciw drzwi zamontowane jest lustro - maksimum 40 cm nad podłogą do minimum 190 cm (nie dotyczy wind przelotowych) i wind o powierzchni minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| **Panel wewnętrzny** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Przypadku przycisków kondygnacji powyżej 5, rozmieszczenie przycisków ich 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 panel wewnętrznego mają sygnalizacją świetlną aktywowaną w momencie naciśnięcia |  |  |  |  |
| Panel zewnętrzny 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 |  |  |  |  |

# **Wejście do 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przestrzeń przed i za wejściem** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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 i 130-140 cm |  |  |  |  |
| Cokół w drzwiach zewnętrznych, jeśli szklane minimum do 40 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. |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach zewnętrznych kontrastująca kolorem a drzwiami LRV 30 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Klamka w drzwiach wewnętrznych kontrastująca kolorem a drzwiami LRV 30 |  |  |  |  |
| **Dzwonek lub przycisk przywołania** |  |  |  |  |
| Jest / nie ma |  |  |  |  |
| Wysokość przycisku 90-110 cm |  |  |  |  |
| Przycisk po stronie pochwytu klamki |  |  |  |  |
| Średnica przycisku minimum 2 cm |  |  |  |  |
| **Przedsionek (wiatrołap)** |  |  |  |  |
| Jest / nie ma |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Tekstylne, dywanowe lub gumowe przytwierdzone do nawierzchni o wysokości do 1 cm, ściętych krawędziach i pozbawione otworów o średnicy powyżej 1 cm |  |  |  |  |
| Tekstylne, dywanowe lub gumowe wpuszczone w posadzkę pozbawione otworów o średnicy powyżej 1 cm |  |  |  |  |
| Tekstylne dywanowe lub gumowe wpuszczone w posadzkę |  |  |  |  |
| Tekstylne dywanowe lub gumowe przytwierdzone do nawierzchni o wysokości do 1 cm, ściętych krawędziach i pozbawione otworów o średnicy powyżej 1 cm |  |  |  |  |
| Tekstylne, dywanowe lub gumowe przytwierdzone do nawierzchni pozbawione otworów o średnicy powyżej 1 cm |  |  |  |  |

# **KOMUNIKACJA WEWNĄTRZ BUDYNKU**

# **Schody 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schody a ciągi piesze** |  |  |  |  |
| Ciągi minimum 180 cm |  |  |  |  |
| **Szerokość schodów** |  |  |  |  |
| Min 140 cm |  |  |  |  |
| **Wymiary stopni** |  |  |  |  |
| Liczba stopni od 3 do 14 |  |  |  |  |
| Wszystkie stopnie równe |  |  |  |  |
| Wysokość nie większa niż 15 cm |  |  |  |  |
| Głębokość stopni stała |  |  |  |  |
| Suma dwóch wysokości i jego szerokości mieści się w przedziale od 60 do 65 cm |  |  |  |  |
| Są to schody zabiegowe i wachlarzowych (nie mają racji bytu) |  |  |  |  |
| Są to schody z noskami i podcięciami (nie mają racji bytu) |  |  |  |  |
| **Spoczniki** |  |  |  |  |
| Szerokość przy zmianie kierunku ruchu minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| **Balustrady** |  |  |  |  |
| Po obu stornach min 110 cm jeśli różnica poziomów powyżej 50 cm |  |  |  |  |
| Otwory w balustradzie o mniejsze niż 12 cm |  |  |  |  |
| Szklane balustrady skontrastowane w połowie wysokości pasem o szerokości minimum 10 cm |  |  |  |  |
| **Poręcze (pochwyty)** |  |  |  |  |
| Są - dla każdych schodów bez względu na różnicę poziomów |  |  |  |  |
| Po obu stronach |  |  |  |  |
| Jeśli ciąg schodów powyżej 4 m to pochwyt pośredni dzielący szerokość schodów na odcinki mniejsze niż 4 |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 90 – 110 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 90 – 110 cm mierzone od górnej krawędzi |  |  |  |  |
| Pośrednia poręcz na wysokości 90 – 110 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 |  |  |  |  |
| **Nawierzchnia** |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa R 10 |  |  |  |  |
| Elementy leżące na schodach (np. Wycieraczki) trwale do nich przymocowane |  |  |  |  |
| **Oświetlenie** |  |  |  |  |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Światło sztuczne minimum 150 lx |  |  |  |  |

# **Pochylnia wewnętrzna**

| **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 biegu** |  |  |  |  |
| 120 cm między krawężnikami |  |  |  |  |
| **Nachylenie pochylni** |  |  |  |  |
| Do 15 cm różnicy wysokości maksymalnie 15% |  |  |  |  |
| Od 15 do 50 cm różnicy wysokości maksymalnie 10% |  |  |  |  |
| Powyżej 50 cm różnicy wysokości maksymalnie 8% |  |  |  |  |
| **Długość pojedynczego odcinka** |  |  |  |  |
| Maks. 9 m |  |  |  |  |
| **Spoczniki** |  |  |  |  |
| Spocznik pośredni 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** |  |  |  |  |
| Po obu stronach |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 90 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Prawa poręcz na wysokości 75 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Lewa poręcz na wysokości 90 cm mierzone do górnej krawędzi pochwytu |  |  |  |  |
| Lewa poręcz 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 |  |  |  |  |
| Odstęp 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** |  |  |  |  |
| 7 cm od poziomu pochylni po prawej stronie pochylni |  |  |  |  |
| 7 cm od poziomu pochylni po lewej stronie pochylni |  |  |  |  |
| **Płaszczyzna ruchu** |  |  |  |  |
| Minimum szerokość 120 cm długość 150 cm |  |  |  |  |
| Minimum 150 cm na 150 cm poza polem otwierania skrzydła drzwi wejściowych do budynku |  |  |  |  |
| **Oznaczenie** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Twarda |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Antypoślizgowa -minimum R10 |  |  |  |  |
| **Oświetlenie** |  |  |  |  |
| Równomierne |  |  |  |  |
| Oświetlone światłem sztucznym min 150 lx |  |  |  |  |

# **Podnośnik**

| **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 schodowy (ukośny/poręczowy)** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |

# **Winda (dźwig osobowy)**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Umiejscowienie windy** |  |  |  |  |
| Winda umiejscowiona jak najbliżej wejścia do placówki |  |  |  |  |
| Są informacje wskazujące drogę dotarcia do urządzenia |  |  |  |  |
| Otoczenie windy oświetlone światłem sztucznym o natężeniu minimum 30 lx |  |  |  |  |
| Odległość pomiędzy drzwiami windy a przeciwległą ścianą lub inną przegrodą wynosi co najmniej 160 cm poza obrysem otwarcia drzwi |  |  |  |  |
| **Wejście do windy** |  |  |  |  |
| 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 wykonane wypukłą, kontrastową czcionką i umieszczone na wysokości wzroku tj. 145 cm – 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi windy oraz ich obramowanie są kontrastowe do otoczenia |  |  |  |  |
| **Panel zewnętrzny** |  |  |  |  |
| 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 wyposażone w wypukłe przyciski |  |  |  |  |
| Przyciski panelu zewnętrznego są oznaczone w alfabecie Braille'a |  |  |  |  |
| Przyciski panelu wewnętrznego oznaczone są wypukłymi symbolami |  |  |  |  |
| Przyciski panel 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 sygnalizacja świetlną przyjazdu windy |  |  |  |  |
| **Kabina** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Na ścianie naprzeciw drzwi zamontowane jest lustro (nie dotyczy wind przelotowych) i wind o powierzchni minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| Na ścianie naprzeciw drzwi zamontowane jest lustro - maksimum 40 cm nad podłogą do minimum 190 cm (nie dotyczy wind przelotowych) i wind o powierzchni minimum 150 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| **Panel wewnętrzny** |  |  |  |  |
| 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 przycisków kondygnacji powyżej 5, rozmieszczenie przycisków ich 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 panel wewnętrznego mają sygnalizacją świetlną aktywowaną w momencie naciśnięcia |  |  |  |  |
| Panel zewnętrzny 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 |  |  |  |  |

# **Korytarze (ciągi komunikacyjne poziome)**

| **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 i wysokość korytarzy** |  |  |  |  |
| Szerokość korytarzy wynosi minimum 140 cm |  |  |  |  |
| W przypadku korytarzy węższych niż 180 cm, maksymalnie co 25 m należy zapewnić miejsca o wymiarach minimum 140 cm x 200 cm. Poszerzanie przestrzeni nie jest konieczne, jeżeli długość korytarza nie przekracza 50 m |  |  |  |  |
| Wysokość ciągów komunikacyjnych wynosi minimum 220 cm |  |  |  |  |
| Elementy wyposażenia przestrzeni znajdują się poniżej wysokości 220 cm, muszą być oznaczone poręczą ostrzegawczą lub odpowiednio ustawionymi elementami wyposażenia bądź małej architektury. |  |  |  |  |
| **Miejsca do odpoczynku** |  |  |  |  |
| Korytarze wyposażone są w miejsca siedzące umieszczone poza ciągami ewakuacyjnymi |  |  |  |  |
| Miejsce do odpoczynku jest wyposażone 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** |  |  |  |  |
| Posadzka jest antypoślizgowa (klasa min. R10) |  |  |  |  |
| Nie powoduje olśnienia |  |  |  |  |
| Zastosowano wystarczające oświetlenie 200 lx |  |  |  |  |

# **Rejestracja i informacja**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lokalizacja** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Część lady jest obniżona na odcinku minimum 90 cm |  |  |  |  |
| Pod ladą jest przestrzeń o głębokości minimum 30 cm |  |  |  |  |
| Lada ma szerokość wystarczającą na odłożenie dokumentów (minimum 40 cm) |  |  |  |  |
| Lada jest wykonana z matowych materiałów |  |  |  |  |
| Oświetlenie jest tak umieszczone, że nie powoduje odbicia światła na ladzie |  |  |  |  |
| **Jak komunikować się z pacjentem** |  |  |  |  |
| 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, zapewnienie oświetlenie twarzy osoby pracującej w rejestracji, twarz nie jest zacieniona, itp. |  |  |  |  |
| Jest tłumacz języka migowego na miejscu |  |  |  |  |
| Jest tłumacz języka migowego on-line |  |  |  |  |
| **Podłoga i wyposażenie** |  |  |  |  |
| Równa |  |  |  |  |
| Jest antypoślizgowa (klasa min. R10) |  |  |  |  |
| Wokół rejestracji zastosowano wystarczające oświetlenie 200 lx |  |  |  |  |
| Oświetlenie nie powoduje olśnienia |  |  |  |  |
| W rejestracji zastosowano matowe wykończeniowe 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) |  |  |  |  |
| **Strefa oczekiwania** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do rejestracji 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm |  |  |  |  |
| **Drzwi** |  |  |  |  |
| Próg o wysokości max. 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany - drzwi prowadzące do gabinetu kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30) |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw >= 35 db |  |  |  |  |
| **Wnętrze strefy dla pracownika** | **`** |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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**

# **Zapewnienie informacji o planie 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plany pomieszczeń** |  |  |  |  |
| Ogólny wizualny plan budynku – w pobliżu wejścia głównego z zaznaczeniem punktu „tu jesteś” |  |  |  |  |
| Ogólny wizualny plan budynku z informacją o numerach i przeznaczeniu pomieszczeń |  |  |  |  |
| Informacja na temat rozkładu pomieszczeń w budynku w sposób głosowy |  |  |  |  |
| Plany tyflograficzne umieszczone wewnątrz obiektu zaraz po wejściu do niego |  |  |  |  |
| Ścieżki dotykowe (fakturowe) prowadzące do planów tyflograficznych |  |  |  |  |
| Ogólny plan tyflograficzny (dotykowe) sporządzony dla całej placówki |  |  |  |  |
| Jeśli placówka ma więcej niż jedną kondygnację, plany tyflograficzne (dotykowe) są sporządzone dla każdej kondygnacji |  |  |  |  |
| Jeśli placówka ma więcej niż jedną kondygnację, plany tyflograficzne (dotykowe) są sporządzone dla każdej kondygnacji |  |  |  |  |
| Plany tyflograficzne (dotykowe) w powtarzalnych miejscach w placówce na przykład zawsze po tej samej stronie windy, lub przy dojściu do klatki schodowej na każdej kondygnacji |  |  |  |  |
| Plan tyflograficzny przytwierdzony trwale do elementów placówki |  |  |  |  |
| Jeśli nie ma w budynku planu tyflograficznego w postaci instalacji w placówce, udostępniono taki plan w postaci drukowanej alfabetem Braille’a w punkcie informacji, recepcji, rejestracji itp. |  |  |  |  |
| **System oznaczeń** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Należy stosować różnice fakturowe posadzek jako system nawigacji |  |  |  |  |
| W holach i korytarzach holach i korytarzach odmienne barwy ścian i/lub podłóg, wyznaczające różne strefy funkcjonalne |  |  |  |  |
| Matowe materiały, nieodbijające światła |  |  |  |  |
| **Urządzenia i środki techniczne ułatwiające orientację i poruszanie się po budynku** |  |  |  |  |
| Znaczniki dźwiękowe |  |  |  |  |
| QR kody |  |  |  |  |
| Lokalizator bluetooth |  |  |  |  |
| Technologia BLE |  |  |  |  |

**GABINETY LEKARSKIE I ZABIEGOWE**

# **Gabinety lekarskie *(dla każdego gabinetu specjalistycznego dostępność badamy osobno)***

| **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 przed wejściem** |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do gabinetu 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. Min. 90x90 cm od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |
| **Drzwi** |  |  |  |  |
| Próg o wysokości max. 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany - drzwi prowadzące do gabinetu kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30) |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Lekkie drzwi nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw >= 35 db |  |  |  |  |
| Możliwość zablokowania drzwi od wewnątrz |  |  |  |  |
| Drzwi do gabinetu umożliwiają ich awaryjne otwarcie przez obsługę |  |  |  |  |
| **Wnętrze gabinetu** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 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 na wysokości 70 cm do 85 cm (górna krawędź pochwytu) |  |  |  |  |
| Bok umywalki znajduje się blisko ściany - jeden pochwyt opuszczany i jeden trwale przymocowany do ściany w odległości minimum 30 cm 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 uruchamianą dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria obsługiwana przy pomocy kurków (źle) |  |  |  |  |
| Bateria z odpowiednio długą wylewką, tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody |  |  |  |  |
| Lustro zamontowane w taki sposób, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki lub bezpośrednio nad umywalką |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalne i 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| **Wyposażenie gabinetu** |  |  |  |  |
| Siedziska z oparciami |  |  |  |  |
| Siedziska z podłokietnikami |  |  |  |  |
| Szerokość siedziska minimum 50 cm |  |  |  |  |
| Głębokość siedziska minimum 50 cm |  |  |  |  |
| Siedziska z możliwością regulacji wysokości w przedziale od 42 cm do 48 cm |  |  |  |  |
| Materiały, z których wykonane są meble matowe nieodbijające światła powodując olśnienia |  |  |  |  |
| Kozetka dostępna z 2 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** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |

# **Gabinety zabiegowe**

| **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 przed wejściem** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Próg o wysokości max. 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany - drzwi prowadzące do gabinetu kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30) |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Lekkie drzwi nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw>= 35 db |  |  |  |  |
| Możliwość zablokowania drzwi od wewnątrz |  |  |  |  |
| Drzwi do gabinetu umożliwiają ich awaryjne otwarcie przez obsługę |  |  |  |  |
| **Wnętrze gabinetu zabiegowego** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Posadzka antypoślizgowa (klasa min. R10) |  |  |  |  |
| 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 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 wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Bateria uruchamianą dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria obsługiwana przy pomocy kurków (źle) |  |  |  |  |
| Bateria z odpowiednio długą wylewką, tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody |  |  |  |  |
| Lustro zamontowane w taki sposób, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki lub bezpośrednio nad umywalką |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| **Wyposażenie gabinetu** |  |  |  |  |
| Siedziska z oparciami |  |  |  |  |
| Siedziska 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 matowe nieodbijające światła powodując olśnienia |  |  |  |  |
| Stół zabiegowy 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** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |

**POMIESZCZENIA HIGIENICZNO-SANITARNE**

* 1. **Toaleta**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Toaleta** |  |  |  |  |
| Na każdym piętrze placówki powinna być co najmniej jedna toaleta dla pacjentów z niepełnosprawnościami |  |  |  |  |
| **Miejsce do manewrowania** |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do toalety 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm. od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |
| **Drzwi** |  |  |  |  |
| Próg o wysokości 0 cm |  |  |  |  |
| Drzwi nieprzezroczyste – nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm. |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Oznaczenia na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm. |  |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany - drzwi prowadzące do gabinetu kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30) |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 80-110 cm. |  |  |  |  |
| Lekkie drzwi nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw>= 35 dB |  |  |  |  |
| Możliwość zablokowania drzwi od wewnątrz |  |  |  |  |
| Drzwi do toalety umożliwiają ich awaryjne otwarcie z zewnątrz przez obsługę |  |  |  |  |
| **Włącznik światła** |  |  |  |  |
| Włączniki światła na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki |  |  |  |  |
| **Miska ustępowa** |  |  |  |  |
| Przestrzeń manewrowa przed miską o wymiarach 150x150cm |  |  |  |  |
| Po prawej stronie muszli ustępowej, przestrzeń wolna od przeszkód o szerokości min. 90 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| Po lewej stronie muszli ustępowej, przestrzeń wolna od przeszkód o szerokości min. 90 cm na 150 cm |  |  |  |  |
| Miska ustępowa jednolita |  |  |  |  |
| Miska ustępowa bez wycięć |  |  |  |  |
| Miska ustępowa stabilna |  |  |  |  |
| Górna krawędź deski na wysokości 42-48 c |  |  |  |  |
| 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 osi 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 osi 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, dopuszcza się montowanie jednego opuszczanego pochwytu i jednego mocowanego na stałe – 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, |  |  |  |  |
| Uruchamianie spłuczki automatyczne lub ręczne, nie może być to spłuczka obsługiwana za pomocą nogi |  |  |  |  |
| Przycisk spłuczki z boku miski ustępowej na wysokości nieprzekraczającej 80 – 110 cm (górna krawędź przycisku) |  |  |  |  |
| **Papier toaletowy** |  |  |  |  |
| Na wysokości 60 – 70 cm od posadzki, w okolicy przedniej krawędzi miski ustępowej |  |  |  |  |
| Na wysokości w okolicy przedniej krawędzi miski ustępowej |  |  |  |  |
| **Umywalka** |  |  |  |  |
| 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) |  |  |  |  |
| Bok umywalki znajduje się blisko ściany - jeden pochwyt opuszczany i jeden trwale przymocowany do ściany w odległości minimum 30 cm 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 uruchamianą dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria obsługiwana przy pomocy kurków (źle) |  |  |  |  |
| Bateria z odpowiednio długą wylewką, tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody |  |  |  |  |
| Lustro zamontowane w taki sposób, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki lub bezpośrednio nad umywalką |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| **Alarm** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| Uruchamianie urządzeń alarmowych w toalecie nie wymaga siły przekraczającej 30 N |  |  |  |  |
| **Ściany i podłogi** |  |  |  |  |
| 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 lub o wzorach o kontraście kolorystycznym mniejszym od LRV=20 |  |  |  |  |
| Równa płaszczyzna posadzki |  |  |  |  |
| Podłogi i posadzki w toaletach wykonywane z materiałów antypoślizgowych – wartość poślizgu (PTV lub SRV) nawierzchni mokrej nie może być niższa niż R10 |  |  |  |  |
| Wszystkie odpływy wody z poziomu posadzki oraz kratki podłogowe poza przestrzenią manewrową wózka w przypadku zagłębienia tych elementów poniżej poziomu posadzki |  |  |  |  |
| Brak powierzchni połyskliwych, powodujących zjawisko olśnienia UGR<19 |  |  |  |  |

* 1. **Komfortka**

| **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 przed wejściem** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Próg o wysokości max. 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm |  |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany - drzwi prowadzące do gabinetu kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30) |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 80-110 cm |  |  |  |  |
| Lekkie drzwi nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw>= 35 dB |  |  |  |  |
| Możliwość zablokowania drzwi od wewnątrz |  |  |  |  |
| Drzwi do komfortki umożliwiają ich awaryjne otwarcie przez obsługę |  |  |  |  |
| **Pomieszczenie** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 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 wystaje 10-15 cm przed umywalkę |  |  |  |  |
| Bateria uruchamianą dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria obsługiwana przy pomocy kurków (źle) |  |  |  |  |
| Bateria z odpowiednio długą wylewką, tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody |  |  |  |  |
| Lustro zamontowane w taki sposób, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki lub bezpośrednio nad umywalką |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| **Wyposażenie** |  |  |  |  |
| Przewijak dla dorosłych/leżanka musi być wolna przestrzeń do poruszania się wzdłuż dłuższego boku min 150 x 90 cm. |  |  |  |  |
| Jeżeli przewijak jest składany, po rozłożeniu nie może zmniejszać tej przestrzeni |  |  |  |  |
| Wymiary przewijaka: min. 120 na 200 cm; |  |  |  |  |
| Wysokość górnej krawędzi przewijaka 45 – 55 cm |  |  |  |  |
| Minimalny udźwig przewijaka 150 kg |  |  |  |  |
| Wysokość płyty przewijaka regulowana od 40 do 100 cm od podłogi |  |  |  |  |
| Siła potrzebna do rozłożenia i regulacji przewijaka nie większa niż 25 N |  |  |  |  |
| Biurko od strony pracownika na wysokości od 70 cm do 75 cm |  |  |  |  |
| **Alarm** |  |  |  |  |
| Komfortka wyposażona w przycisk lub linkę wzywania pomocy, znajdującą się na maksymalnej wysokości 40 cm od poziomu posadzki – linka/przycisk powinny aktywować alarm w pomieszczeniu obsługi |  |  |  |  |
| Uruchamianie urządzeń alarmowych w toalecie nie wymaga siły przekraczającej 30 N |  |  |  |  |
| W pomieszczeniu powinny być co najmniej dwa wieszaki, jeden na wysokości 180 cm, drugi na wysokości 110 cm. |  |  |  |  |
| W pomieszczeniu powinien znajdować się podnośnik sufitowy lub podłogowy o udźwigu min. 150 kg. |  |  |  |  |
| W pomieszczaniu powinny znajdować się duże kosze na odpady |  |  |  |  |

**POMIESZCZENIE TOWARZYSZĄCE**

* 1. **Pokój dla osoby z dzieckiem**

| **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 przed wejściem** |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do pokoju 150x150 cm |  |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm. od strony otwierania drzwi |  |  |  |  |
| **Drzwi** |  |  |  |  |
| Próg o wysokości max. 2 cm |  |  |  |  |
| Drzwi nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |  |
| Drzwi oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm. |  |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany - drzwi prowadzące do gabinetu kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30) |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 80-110 cm. |  |  |  |  |
| Lekkie drzwi nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw>= 35 dB |  |  |  |  |
| Możliwość zablokowania drzwi od wewnątrz |  |  |  |  |
| Drzwi do gabinetu umożliwiają ich awaryjne otwarcie przez obsługę, |  |  |  |  |
| **Wnętrze pomieszczenie** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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, tak by umożliwić podjazd osobie na wózku |  |  |  |  |
| Pomieszczenie wyposażone w przewijak dla niemowląt naścienny rozkładany lub wolnostojący |  |  |  |  |
| Fotel/sofa z podłokietnikami do karmienia |  |  |  |  |
| **Umywalka** |  |  |  |  |
| 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) |  |  |  |  |
| Bok umywalki znajduje się blisko ściany - jeden pochwyt opuszczany i jeden trwale przymocowany do ściany w odległości minimum 30 cm 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 uruchamianą dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |  |
| Bateria obsługiwana przy pomocy kurków (źle) |  |  |  |  |
| Bateria z odpowiednio długą wylewką, tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody |  |  |  |  |
| Lustro zamontowane w taki sposób, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki lub bezpośrednio nad umywalką |  |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki |  |  |  |  |
| **Przewijak** |  |  |  |  |
| Wolna przestrzeń przy dłuższym boku przewijaka min. szerokości 90 cm x długości 150 cm |  |  |  |  |
| W przypadku przewijaka rozkładanego - przyściennego, przewijak po rozłożeniu/opuszczeniu nie może zmniejszać wymaganych przestrzeni manewrowych |  |  |  |  |
| Powinien zapewniać utrzymanie ciężaru przynajmniej 25 kg |  |  |  |  |
| Powierzchnia użytkowa przewijaka co najmniej 50 cm szerokości i 70 cm długości |  |  |  |  |
| Przewijak powinien być na wysokości 90 cm |  |  |  |  |

* 1. **Pomieszczenie dla personelu /socjalne *(obszar badany w czasie audytu dostępności, wyłączony z wnioskowania o grant)***

| **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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejsce przed wejściem** |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu przed wejściem do pokoju 150x150 cm |  |  |  |
| Wolna płaszczyzna ruchu o wym. min. 90x90 cm. od strony otwierania drzwi |  |  |  |
| **Drzwi** |  |  |  |
| Próg o wysokości max. 2 cm |  |  |  |
| Drzwi nieprzezroczyste - nie widać cienia |  |  |  |
| Szerokość skrzydła drzwi min. 90 cm. |  |  |  |
| Drzwi oznaczone napisem na ścianie |  |  |  |
| Drzwi oznaczone informacją w alfabecie Braille’a |  |  |  |
| Numer gabinetu na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm. |  |  |  |
| Drzwi kontrastowe względem płaszczyzny ściany - drzwi prowadzące do gabinetu kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30) |  |  |  |
| Klamka/pochwyt o zaokrąglonych kształtach |  |  |  |
| Klamka/pochwyt na wysokości 80-110 cm. |  |  |  |
| Lekkie drzwi nie wymagające użycia siły większej niż 25 N |  |  |  |
| Akustyka drzwi Rw>= 35 dB |  |  |  |
| **Wnętrze pomieszczenie** |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| Urządzenia muszą być umieszczone na kontrastowym tle |  |  |  |
| **Zlew i umywalka** |  |  |  |
| 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) |  |  |  |
| Bok umywalki znajduje się blisko ściany - jeden pochwyt opuszczany i jeden trwale przymocowany do ściany w odległości minimum 30 cm 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 uruchamianą dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie |  |  |  |
| Bateria obsługiwana przy pomocy kurków (źle) |  |  |  |
| Bateria z odpowiednio długą wylewką, tak aby osoby z mniejszą ruchomością rąk mogły podstawić dłonie pod strumień wody |  |  |  |
| Lustro zamontowane w taki sposób, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki lub bezpośrednio nad umywalką |  |  |  |
| Dozownik mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 – 110 cm od poziomu posadzki i maksymalnej 30 cm od bocznej krawędzi umywalki, |  |  |  |
| **Blat roboczy** |  |  |  |
| Wysokość blatu wynosi 70 – 80 cm na długości 90 cm |  |  |  |
| Pusta przestrzeń na podjazd wózka o szerokości min. 80 cm i głębokości min. 60 cm, |  |  |  |
| **Stół jadalny** |  |  |  |
| Wysokość blatu wynosi 70 – 80 cm, |  |  |  |
| Pusta przestrzeń na podjazd wózka o szerokości min. 80 cm i głębokości min. 60 cm, |  |  |  |
| **Szafki** |  |  |  |
| Szafki/szuflady do wysokości blatu. |  |  |  |
| Szuflady w szafkach powinny posiadać blokadę przeciwko możliwości całkowitego wyciągnięcia szuflady, |  |  |  |
| Uchwyty w kształcie litery „C” |  |  |  |

* 1. **Pies asystujący *(obszar badany w czasie audytu dostępności, wyłączony z wnioskowania o grant)***

| **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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Pies asystujący/do dogoterapii** |  |  |  |
| Pies asystujący ma prawo wstępu do placówki i do każdego gabinetu, który działa w jej ramach |  |  |  |

**EWAKUACJA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI**

* 1. **Ewakuacja**

| **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 ewakuacyjne** |  |  |  |  |
| Czytelna informacja wizualna o drogach ewakuacji w postaci piktogramów i strzałek kierunkowych |  |  |  |  |
| **Plan ewakuacji** |  |  |  |  |
| Graficzny plan ewakuacji, zlokalizowany w łatwym do znalezienia miejscu |  |  |  |  |
| **System alarmowy** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Należy zapewnić w procedurze ewakuacji zapisy gwarantujące osobom z szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób |  |  |  |  |
| **Drzwi wejściowe** |  |  |  |  |
| Sprężenie drzwi wejściowych automatycznych z systemem przeciwpożarowym (w sytuacji alarmowej wypadku drzwi powinny otworzyć się automatycznie i zostać w tej pozycji). |  |  |  |  |
| **Oświetlenie awaryjne** |  |  |  |  |
| Oświetlenie awaryjne w pomieszczeniach i na drogach ewakuacyjnych |  |  |  |  |

* 1. **Dodatkowe działania dla bezpieczeństwa 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacje dotykowe** |  |  |  |  |
| Oznaczenia dotykowe – wypukłe piktogramy i kierunkowskazy |  |  |  |  |
| **Urządzenia do ewakuacji** |  |  |  |  |
| Maty ewakuacyjne |  |  |  |  |
| Krzesła ewakuacyjne |  |  |  |  |
| Materace ewakuacyjne |  |  |  |  |
| Szkolenia dla personelu |  |  |  |  |
| **Pomieszczenie oczekiwania na ratunek** |  |  |  |  |
| Jest/brak |  |  |  |  |
| **Informacja wizualna** |  |  |  |  |
| Wyświetlanie komunikatów alarmowych na ekranach |  |  |  |  |

1. **Dostępność informacyjno-komunikacyjna**
   1. **Wsparcie komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami – słuch i mowa**

Wypełniamy tylko białe pola. W kolumnie **„Czy aktualnie jest spełniony wymóg?”** wpisujemy TAK lub NIE lub CZĘŚCIOWO. 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.**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacja o dostępnych formach kontaktu** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Czy Placówka umożliwia korzystanie z komunikatorów internetowych do bezpośredniego kontaktu między pacjentem (lub jego przedstawicielami) a placówką medyczną. Podczas połączenia wideo mogą być przetwarzane dane osobowe pacjenta i lekarza. Należy wówczas zachować zasady wynikające z Ustawy o ochronie danych osobowych. |  |  |  |  |
| **Strona internetowa** |  |  |  |  |
| Czy Placówka na swojej stronie internetowej publikuje treści dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami i umożliwia komunikację wielokanałową (za pośrednictwem różnych sposobów komunikacji). Osoby odpowiedzialne za utrzymanie strony internetowej powinny mieć niezbędną wiedzę dotyczącą publikacji dostępnych treści. |  |  |  |  |
| **Informacja o dostępnych formach komunikacji** |  |  |  |  |
| Czy Placówka umieszcza na swojej stronie internetowej oraz na czytelnej tablicy informacyjnej wewnątrz budynku informacje, z których form komunikacji mogą skorzystać pacjenci ze szczególnymi potrzebami. |  |  |  |  |
| Czy informacja zawiera opis formy komunikacji, grupy odbiorców, do których jest skierowana. |  |  |  |  |
| Czy została opisana każda forma komunikacji i grupy odbiorców, do których jest ona skierowana. |  |  |  |  |
| Czy Placówka zapewnia materiały informacyjne, instrukcje obsługi wybranych urządzeń i sposobów komunikacji, również w formatach dostępnych dla osób z niepełnosprawnością wzroku i słuchu. |  |  |  |  |

* 1. **Sprzęt wspierający osoby z trudnościami w słyszeniu i mówieniu**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pętle indukcyjne, systemy FM, IR, Bluetooth i inne** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Czy Punkty obsługi pacjenta są wyposażone w pętlę indukcyjną lub inne urządzenie wspomagające słyszenie należy oznakować w sposób widoczny i jednoznaczny za pomocą piktogramu zgodnego z normą ETSI EN 301 462 (2000-03). |  |  |  |  |
| Czy Punkty obsługi pacjenta są oznakowane w sposób widoczny i jednoznaczny za pomocą piktogramu zgodnego z normą ETSI EN 301 462 (2000-03). |  |  |  |  |
| **Dodatkowe systemy komunikacji** |  |  |  |  |
| Czy Pacjent może skorzystać z rozwiązania, które w jego przypadku będzie najskuteczniejsze dla efektywnego porozumiewania się z personelem placówki. |  |  |  |  |
| **Instrukcja obsługi** |  |  |  |  |
| Czy Placówka zapewnia materiały informacyjne i instrukcje obsługi dostępnych urządzeń wspomagających komunikację i w razie potrzeby przekazuje te materiały pacjentom. |  |  |  |  |

**ORGANIZACJA I PROCEDURY ZAPEWNIJĄCE DOSTĘNOŚĆ**

* 1. **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)***

| **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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opis działalności placówki w formie pliku tekstowego** |  |  |  |
| 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** |  |  |  |
| Czy Placówka zamieszcza na stronie internetowej plik w polskim języku migowym do pobrania lub zapewnia możliwość odtworzenia go wprost ze strony. |  |  |  |
| Rozmiar pliku powinien być zoptymalizowany, a sam plik łatwy do odtworzenia na różnych platformach i urządzeniach. |  |  |  |
| W nagraniu powinna wystąpić osoba biegle posługująca się polskim językiem migowym |  |  |  |
| **Opis działalności placówki w języku łatwym do czytania (ETR)** |  |  |  |
| Czy Informację o zakresie działalności placówki redagowano zgodnie z zasadami tworzenia tekstu łatwego do czytania i zrozumienia. |  |  |  |
| **Aktualizacja strony internetowej** |  |  |  |
| 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** |  |  |  |
| Czy placówka prowadzi rejestr sytuacji, w którym użyto alternatywnych rozwiązań do zapewnienia dostępności? |  |  |  |

* 1. **Wniosek o poprawę komunikacji**

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

| **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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Komunikacja na wniosek pacjenta** |  |  |  |
| 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** |  |  |  |
| Czy Placówka umożliwia złożenie wniosku przez osobę trzecią, która reprezentuje pacjenta (np. opiekun, członek rodziny, bliska osoba) na podstawie upoważnienia. |  |  |  |

* 1. **Organizacja dostępności w placówce**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koordynator do spraw dostępności** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Czy placówka wyznaczyła asystenta pacjenta ze szczególnymi potrzebami? |  |  |  |  |
| **Kontrola procedur** |  |  |  |  |
| Czy Koordynator do spraw dostępności cyklicznie kontroluje poziomu 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** |  |  |  |  |
| Czy Placówka zapewnia pacjentom sprzęt i urządzenia, które ułatwią im lub umożliwią przeprowadzenie koniecznych procedur medycznych, badań, zabiegów. |  |  |  |  |
| **Procedury na stronie internetowej** |  |  |  |  |
| Czy na stronie internetowej placówki są zamieszczone procedury obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami wypracowane przez interdyscyplinarny zespół. |  |  |  |  |

* 1. **Wnioski i skargi dotyczące dostępności (dotyczy placówek publicznych)**

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

| **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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rejestr wniosków** |  |  |  |
| 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? |  |  |  |

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

| **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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przegląd dostępności placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami** |  |  |  |
| Czy Raz w roku placówka przeprowadza przegląd dostępności z wykorzystaniem Listy pytań kontrolnych, zgodnie z załącznikiem nr 2 do Standardu Dostępności AOS |  |  |  |
| **Audyt dostępności** |  |  |  |
| Czy raz na dwa lata placówka zleca audyt dostępności. |  |  |  |

**KADRA PLACÓWKI**

* 1. **Szkolenia**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szkolenie z dostępności** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Czy każdy pracownik placówki (w tym kadra zarządzająca i właściciel) ukończył szkolenie ze standardu dostępnej wizyty medycznej? |  |  |  |  |
| **Znajomość procedur dostępności** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| Czy pracownicy mają i używają 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**

# **Dostępna strona internetowa placówki**

Spełnienie kryteriów sukcesu na poziomie AA według wytycznych WCAG 2.1

Wypełniamy tylko białe pola. W kolumnie **„Czy aktualnie jest spełniony wymóg?”** wpisujemy TAK lub NIE lub CZĘŚCIOWO. 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.**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postrzegalność**  **Kryterium sukcesu** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 4.1.1 – Poprawność kodu |  |  |  |  |
| 4.1.2 – Nazwa, rola, wartość |  |  |  |  |
| 4.1.3 – Komunikaty o stanie |  |  |  |  |

# **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** |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |

# **Dostępność aplikacji mobilnych**

Spełnienie kryteriów sukcesu na poziomie A i AA według wytycznych WCAG 2.1

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postrzegalność**  **Kryterium sukcesu** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 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** |  |  |  |  |
| 4.1.1 – Poprawność kodu |  |  |  |  |
| 4.1.2 – Nazwa, rola, wartość |  |  |  |  |

# **Cyfrowy kontakt 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tłumacz polskiego języka migowego on-line** |  |  |  |  |
| Czy Placówka zapewnia dostęp do tłumacza migowego on-line |  |  |  |  |
| **Pętla indukcyjna** |  |  |  |  |
| Czy Punkty obsługi pacjenta są wyposażone w pętle indukcyjne |  |  |  |  |
| Czy przeszkolono personel w tym zakresie. |  |  |  |  |
| **Urządzenia do komunikacji alternatywnej** |  |  |  |  |
| Czy Placówka została wyposażona w narzędzia (np. tablety) z oprogramowaniem do komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)? |  |  |  |  |

# **Teleopieka**

| **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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontakt (połącznie) audio-wideo** |  |  |  |  |
| Czy w Placówce jest zapewniony kontakt audio-wideo z lekarzem? |  |  |  |  |
| **Kontakt za pośrednictwem RTT (Real-Time-Text)** |  |  |  |  |
| Czy Placówka zapewnia kontakt RTT? |  |  |  |  |
| Czy Placówka posiada właściwy sprzęt umożliwiający kontakt RTT (smartfon, komputer, tablet)? |  |  |  |  |

# **Dokumenty opisujące zakres działalności 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?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dokument opisujący zakres działalności placówki w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo** |  |  |  |  |
| Czy Placówka posiada tekst odczytywalny maszynowo w formacie pdf lub html? |  |  |  |  |
| **Dokument opisujący zakres działalności placówki w postaci nagrania treści w polskim języku migowym** |  |  |  |  |
| Czy Placówka posiada nagranie w polskim języku migowym? |  |  |  |  |
| **Dokument opisujący zakres działalności placówki w formie tekstu łatwego do czytania i zrozumienia ETR** |  |  |  |  |
| Czy na stronie internetowej Placówki teksty/artykuły są napisane w prostym języku? |  |  |  |  |

# **Szkolenie z kompetencji cyfrowych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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?** |
| **Szkolenia dla redaktora tekstów zamieszczanych na stronie internetowej Placówki?** |  |  |  |  |
| Czy osoba odpowiedzialna za zamieszczanie tekstów na stronie internetowej Placówki została przeszkolona z kompetencji cyfrowych w zakresie przygotowywania i publikowania treści na stronie? |  |  |  |  |

1. **PODSUMOWANIE**
   1. **Główne bariery występujące w placówce**

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

* 1. **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**