

Dział 1. Dostępność architektoniczna Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub 1 obsługę interesantów:		1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przeszerzenie komunikacyjne ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie	W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” – prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot zapewnia wolne od barier poziome i pionowe przeszerzenie komunikacyjne:	2. Czy podmiot zastosował w tym budynku (tych budynkach) rozwiązania architektoniczne, środki techniczne lub posiada zainstalowane urządzenia, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	--	---	--	---

Podmiot zobowiązany do złożenia raportu o stanie dostępności na podstawie art. 11 ust. 4. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Uzd) do: <input type="checkbox"/> 1) ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego <input checked="" type="checkbox"/> 2) wojewody <input type="checkbox"/> 3) nie dotyczy		W przypadku wskazania odpowiedzi „nie dotyczy” prosimy o podanie wyjaśnień:	
Województwo WOJ. WARMIŃSKO-MAZURSKIE	Powiat Powiat lidzbarski	Gmina Lidzbark Warmiński (gmina miejska)	Lokalizacja siedziby podmiotu
E-mail sekretariatu podmiotu biuro@ekowod-lidzbark.pl	E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz biuro@ekowod-lidzbark.pl	Telefon kontaktowy 897642026	Miejscowość Lidzbark Warmiński

Dane kontaktowe

Obowiązek przekazania danych wynika z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. 2019 poz. 1696, z późn. zm.).

MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ ul. Wspólna 2/4, 00-92 Warszawa	Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego Portal sprawozdawczy GUS portal.stat.gov.pl Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin	Nazwa i adres podmiotu publicznego Zakład Budżetowy Związku Gmin "EKOWOD"	Numer identyfikacyjny REGON 51063580900000	Stan w dniu 01.01.2021 r. Termin przekazania: do 31.03.2021 r.
---	---	--	---	--

udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot	Liczba stron:	0
nie posiada deklaracji dostępnosci		

Lp.	ID a11y-uri	ID a11y-status	ID a11y-data-sporządzenie
-----	-------------	----------------	---------------------------

Strony internetowe i aplikacje mobilne, dla których podmiot posiada deklarację dostępności

1. Liczba prowadzonych stron internetowych i	Liczba stron:	0
udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot	Liczba aplikacji:	0
posiada deklarację dostępności		

Dział 2. Dostępność cyfrowa

Dane w tym dziale odnoszą się do zgodności z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2019 poz. 848), zwaną Udc, w związku z art. 2 oraz art. 6 pkt 2 ustawy Uzd.

<p>5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?</p> <p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie </p>	<p>W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” – prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób:</p>	<p>Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej</p> <p>Proszę zamieścić tu słowny opis dostępności architektonicznej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowił część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej – na swojej stronie internetowej</p>
<p>4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?</p> <p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie </p>	<p>W przypadku wskazania odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” – prosimy o podanie liczby budynków, do których podmiot zapewnia wstęp osobie korzystającej z psa asystującego:</p>	
<p>3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?</p> <p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie </p>	<p>W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” – prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot zapewnia informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy:</p>	
<p>2. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?</p> <p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie </p>	<p>W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” – prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych:</p>	
<p>1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?</p> <p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie </p>	<p>W przypadku odpowiedzi „W części budynków tak, w części nie” – prosimy o podanie liczby budynków, w których podmiot umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych:</p>	

a. Kontakt telefoniczny		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b. Kontakt korespondencyjny		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
e. Przesyłanie faksów		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego:		<input type="checkbox"/> od razu <input type="checkbox"/> w ciągu 1 dnia robocznego <input type="checkbox"/> w ciągu 2-3 dni roboczych <input type="checkbox"/> powyżej 3 dni roboczych
h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w punktach a–h)

Tabela 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

Komentarze i uwagi dotyczące dostępności cyfrowej (proszę zamieścić tu słowny opis dostępności cyfrowej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej – na swojej stronie internetowej)		zakład posiada stronę internetową bez deklaracji dostępności	
Lp.	Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania	Zgodność z Udc	
Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:			
Lp.	Adres strony internetowej	Zgodność z Udc	
Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:			
Liczba aplikacji:		0	

2. Czy podmiot posiada urządzenia lub środki techniczne do obsługi osób słabosłyszących, takich jak np. pętle indukcyjne, systemy FM, systemy na podczerwień (IR), systemy Bluetooth?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi "TAK" – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących:		
Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:		0
(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)		
3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:		
(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c)		
a. tekstu odczytywalnego maszynowo?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie
W przypadku odpowiedzi "Na części stron tak, na części nie" – prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informację o zakresie swojej działalności w postaci tekstu odczytywalnego maszynowo:		
b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie
W przypadku odpowiedzi "Na części stron tak, na części nie" – prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informację o zakresie swojej działalności w postaci nagrania treści w polskim języku migowym:		
c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Na części stron tak, na części nie
W przypadku odpowiedzi "Na części stron tak, na części nie" – prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informację o zakresie swojej działalności w postaci informacji w tekście łatwym do czytania:		
4. Czy podmiot zapewniał w okresie sprawozdawczym – tj. od 20.09.2019 r. do 01.01.2021 r. – na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami możliwość komunikacji w formie określonej w tym wniosku?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)		
W przypadku odpowiedzi "TAK" – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:		
Liczba wniosków – ogółem:		
Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form:		
(wpisać słownie np. alfabet Lorma - 1 raz, druk w alfabecie Braille'a - 3 razy)		
Dział 4. Informacja o dostępie alternatywnym		
Uwaga: poniższe pytania odnoszą się do okresu sprawozdawczego – tj. od 20.09.2019 r. do 01.01.2021 r.		
1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia innej osoby?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)		

W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia	inne] osoby:
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	
2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?	
[] TAK [X] NIE	(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego:	inne] osoby:
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	
3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?	
[] TAK [X] NIE	(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu:	inne] osoby:
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	
4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?	
[] TAK [X] NIE	(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)
W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:	
Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej:	inne] osoby:
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego	