MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ		ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa
Nazwa i adres podmiotu publicznego CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO NR 1 80-426 Gdańsk, Al. Gen. J. Hallera 16/18	**Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego** **Stan w dniu 01.01.2021 r.**	Portal sprawozdawczy GUS **portal.stat.gov.pl** Urząd Statystyczny ul. St. Leszczyńskiego 48 20-068 Lublin
Numer identyfikacyjny REGON *(wpisać jeśli podmiot posiada)*		Termin przekazania: do **31.03.2021 r.**

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.).

SEKRETARIAT@CKZIU1.GDA.PL

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo POMORSKIE	Powiat m. GDAŃSK	Gmina GDAŃSK

Podmiot zobowiązany do złożenia raportu o stanie dostępności na podstawie art. 11 ust. 4. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UzD) do:
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

1) ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego ☐ 2) wojewody ☒ 3) nie dotyczy ☐

W przypadku wskazania odpowiedzi *„nie dotyczy”* prosimy o podanie wyjaśnień:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dział 1. Dostępność architektoniczna

Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów: 2 *(wpisać)*

1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☒ NIE ☐ W części budynków tak, w części nie ☐ *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)*

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 przestrzenie komunikacyjne: ..... *(wpisać)*

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 pomieszczeń technicznych? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☒ NIE ☐ W części budynków tak, w części nie ☐ *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)*

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: ..... *(wpisać)*

3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒ W części budynków tak, w części nie ☐ *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)*

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: ..... *(wpisać)*

4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☒ NIE ☐ W części budynków tak, w części nie ☐ *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)*

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: ..... *(wpisać)*

5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒ W części budynków tak, w części nie ☐
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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: ..... *(wpisać)*

Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej:
(proszę zamieścić tu słowny opis dostępności architektonicznej, wykraczający poza informacje ujęte powyżej – opis ten będzie stanowić część raportu, który są Państwo zobowiązani opublikować na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a w przypadku braku strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej – na swojej stronie internetowej)

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

Dział 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.

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

Liczba stron: 2 *(wpisać)*

Liczba aplikacji: 0 *(wpisać)*

Prosimy o podanie zawartości następujących elementów deklaracji dostępności, dla każdej strony internetowej oraz aplikacji mobilnej oddzielnie, zgodnie ze wzorem: *(wpisać – każdą stronę/aplikację w osobnym wierszu)*

ID a11y-url	ID a11y-status			ID a11y-data-sporzadzenie
http://ckziu1.gda.pl	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☒	Niezgodna ☐	2020-11-19
https://ckziu1-edu.gda.pl/	Zgodna ☒	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐	
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐	
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐	

2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności

Liczba stron: 0 *(wpisać)*

Liczba aplikacji: 0 *(wpisać)*

Prosimy o podanie informacji dotyczących stron, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:

Adres strony internetowej *(wpisać)*	Zgodność z UdC *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony)*		
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐

Prosimy o podanie informacji dotyczących aplikacji, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności:

Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania *(wpisać)*	Zgodność z UdC *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji)*		
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐
	Zgodna ☐	Częściowo zgodna ☐	Niezgodna ☐

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)

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

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

Dział 3. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

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 podpunktach a–h)

a. Kontakt telefoniczny	TAK ☒	NIE ☐
b. Kontakt korespondencyjny	TAK ☒	NIE ☐
c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych	TAK ☒	NIE ☐
d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych	TAK ☒	NIE ☐
e. Przesyłanie faksów	TAK ☒	NIE ☐
f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)	TAK ☐	NIE ☒
g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty	TAK ☒	NIE ☐

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi *„TAK"* – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

1) od razu ☐ 2) w ciągu 1 dnia roboczego ☐ 3) w ciągu 2-3 dni roboczych ☒ 4) powyżej 3 dni roboczych ☐

h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)	TAK ☐	NIE ☐

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? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi *„TAK"* – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących: ..... *(wpisać)*

Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych: 2 *(wpisać)*
(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?

TAK ☐ NIE ☒ Na części stron tak, na części nie ☐ *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)*

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: ..... *(wpisać)*

b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?

TAK ☐ NIE ☒ Na części stron tak, na części nie ☐ *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)*

W przypadku odpowiedzi *„Na części stron tak, na części nie"* – prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informacje o zakresie swojej działalności w postaci nagrania treści w polskim języku migowym: ..... *(wpisać)*

c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?

TAK ☐ NIE ☒ Na części stron tak, na części nie ☐ *(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)*

W przypadku odpowiedzi *„Na części stron tak, na części nie"* – prosimy o podanie liczby stron, na których podmiot zapewnia informacje o zakresie swojej działalności w postaci informacji w tekście łatwym do czytania: ..... *(wpisać)*

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? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒

W przypadku odpowiedzi „TAK" – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba wniosków – ogółem: ..... *(wpisać)*

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? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒

W przypadku odpowiedzi „TAK" – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby: ...*(wpisać)*

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)*
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒

W przypadku odpowiedzi „TAK" – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego: ...*(wpisać)*

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)*
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒

W przypadku odpowiedzi „TAK" – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu: ...*(wpisać)*

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)*
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej? *(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)*

TAK ☐ NIE ☒

W przypadku odpowiedzi „TAK" – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: ...*(wpisać)*
Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej: *(proszę opisać słownie)* .....
Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: *(proszę opisać słownie)* .....

D.ROZYCKI@CKZIU1.GDA.PL

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

58 301 42 08
(telefon kontaktowy)

GDAŃSK, 25.03.2021
(miejscowość, data)