

Форма

ПАСПОРТ ДОСТУПНОСТИ
объекта социальной инфраструктуры (далее - ОСИ)

№ 4

« 28 » 10 2019 г.

1. Общие сведения об объекте

1.1 Вид (наименование) объекта ГБУЗ СО «Малышевская ГБ» Стоматологическое отделение поликлиники.

1.2. Полный почтовый адрес объекта 624286 Свердловская обл., г. Асбест, пос. Малышева ул. Свободы, д. 8.

1.3. Сведения о размещении объекта:

- отдельно стоящее здание 1 этажей, 346,7 кв. м.

- часть здания _____ этажей (или на _____ этаже), _____ кв.м

- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); _____ кв.м

1.4. Год постройки здания 1955, последнего капитального ремонта 0 год

1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего* _____, *капитального* _____

сведения об организации, расположенной на объекте

1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) государственное бюджетное учреждение здравоохранения свердловской области «Малышевская городская больница»; ГБУЗ СО «Малышевская ГБ».

1.7. Юридический адрес организации (учреждения), телефон, e-mail
Свердловская обл., пос. Малышева, ул. Тимирязева д. 13; (34365)5-14-19, gb_mal@mail.ru.

1.8. Основание для пользования объектом (оперативное управление, аренда, собственность) оперативное управление

1.9. Форма собственности (государственная, негосударственная) государственная

1.10. Территориальная принадлежность (*федеральная, региональная, муниципальная*) _____

1.11. Вышестоящая организация (*наименование*) Министерство здравоохранения Свердловской области

1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты (полный почтовый адрес, телефон, e-mail) 624014 г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. 34-Б, (343)270-18-18. mzso@zdravso.ru.

2. Характеристика деятельности организации на объекте (по обслуживанию населения)

2.1 Сфера деятельности (*здравоохранение, образование, социальная защита, физическая культура и спорт, культура, связь и информация, транспорт, жилой фонд, потребительский рынок и сфера услуг, др.*) здравоохранение

2.2 Категории обслуживаемого населения по возрасту: (дети, взрослые трудоспособного возраста, пожилые; все возрастные категории)

2.3 Категории обслуживаемых инвалидов (по виду нарушений): инвалиды на коляске, инвалиды с патологией опорно-двигательного аппарата, по зрению, по слуху, с умственной отсталостью

2.4. Виды услуг _____

2.5 Форма оказания услуг: (на объекте, с длительным пребыванием, в т.ч. проживанием, на дому, дистанционно)

2.6 Плановая мощность: посещаемость (количество обслуживаемых в день), вместимость, пропускная способность (при обслуживании в две смены)

2.7 Участие в исполнении ИПР инвалида, ребенка-инвалида (да, нет)

3. Состояние доступности объекта

3.1 Путь следования к объекту пассажирским транспортом

(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)
остановка

наличие адаптированного пассажирского транспорта к объекту
нет

3.2 Путь к объекту от ближайшей остановки пассажирского транспорта:

3.2.1 расстояние до объекта от остановки транспорта 100 метров

3.2.2 время движения (пешком) 3-5 минут

3.2.3 наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути (да, нет)

3.2.4 Перекрестки: *нерегулируемые; регулируемые, со звуковой сигнализацией, таймером;*
нет

3.2.5 Информация на пути следования к объекту: *акустическая, тактильная, визуальная;*
нет

3.2.6 Перепады высоты на пути (съезды с тротуара и др.): *есть, нет*
(описать _____)

Их обустройство для инвалидов на коляске: *да, нет* (описать _____)

3.3 Организация доступности объекта для инвалидов – форма обслуживания*

№№ п/п	Категория инвалидов (вид нарушения)	Вариант организации доступности объекта (формы обслуживания)			
		«А» доступность всех зон и помещений - универсальная	«Б» специально выделенные участки и помещения	«ДУ» дополнительная помощь сотрудника, услуги на дому, дистанционно	«Нет» не организована доступность
1.	Все категории инвалидов и МГН				
	<i>в том числе инвалиды:</i>				
2	передвигающиеся на креслах- колясках			ДУ	
3	с нарушениями опорно- двигательного аппарата	А		ДУ	
4	с нарушениями зрения	А		ДУ	
5	с нарушениями слуха	А		ДУ	
6	с умственными нарушениями	А		ДУ	

* - с учетом СП 35-101-2001, СП 31-102-99

** - указывается один из вариантов ответа «А» (доступность асех зон и помещений – универсальная);
 «Б» (специально выделенные для инвалидов участки и помещения);
 «ДУ» (дополнительная помощь сотрудника, услуги на дому, дистанционно); «Нет» (не организована доступность);
 *** - указывается худший из вариантов ответа

3.4 Состояние доступности основных структурно-функциональных зон

№№ п/п	Основные структурно-функциональные зоны	Состояние доступности для основных категорий инвалидов**					
		К для передвига- ющихся на креслах- колясках	О с другими наруше- ниями опорно- двигат. аппарата	С с наруше- ниями зрения	Г с наруше- ниями слуха	У с умствен- ными наруше- ниями	Для всех категорий МГН
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	ДУ	ДУ	ДП	ДП	ДП	ДУ
2	Вход (входы) в здание	ДУ	ДУ	ДП	ДП	ДП	ДУ
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП
5	Санитарно-гигиенические помещения	ДУ	ДУ	ДП	ДП	ДП	ДУ
6	Система информации и связи (на всех зонах)	ДУ	ДУ	ДП	ДП	ДП	ДУ
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	ДУ	ДУ	ДП	ДП	ДП	ДУ
8	Все зоны и участки	ДУ	ДУ	ДП	ДП	ДП	ДУ

* Указывается: ДП - доступно полностью (доступность для всех категорий инвалидов и других маломобильных групп населения); ДЧ - доступно частично (достигаемость мест целевого назначения для

отдельных категорий инвалидов); **ДУ** - доступно условно (организация помощи сотрудниками учреждения (организации) или иной альтернативной формы обслуживания (на дому, дистанционно и др.); **Нет** – недоступно (и не предназначен для посещения инвалидами и другими маломобильными группами населения)

** указывается худший из вариантов ответа

3.5. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии доступности доступности объекта инфраструктуры: _____

4. Управленческое решение

4.1. Рекомендации по адаптации основных структурных элементов объекта:

№ п/п	Основные структурно-функциональные зоны	Рекомендации по адаптации объекта (вид работы)				
		Не нуждается (доступ обеспечен)	Ремонт (текущий, капитальный)	Индивидуальное техническое решение (ТСР)	Технические решения невозможны	Организация альтернативной формы обслуживания
	Территория, прилегающая к зданию (участок)					
	Вход (входы) в здание			ТСР		
	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	Не нуждается				
	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	Не нуждается				
	Санитарно-гигиенические помещения			ТСР		
	Система информации и связи (на всех зонах)			ТСР		
	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	Не нуждается				
	Все зоны и участки	Не нуждается		ТСР		

--	--	--	--	--	--	--

* Указываются конкретные рекомендации по каждой структурно- функциональной зоне

4.2. Период проведения работ 2020-2021 г.г.
 в рамках исполнения : планируется перевод стоматологического отделения поликлиники
в другое здание

(указывается наименование документа: программы, плана)

4.3 Ожидаемый результат (по состоянию доступности) после выполнения работ по адаптации
 объекта _____

4.4. Для принятия решения требуется, не требуется (нужное подчеркнуть):
 согласование _____

Имеется заключение уполномоченной организации о состоянии доступности объекта
 (наименование документа и выдавшей его организации, дата)
 прилагается _____

4.5. Согласовано:

Представители общественных организаций инвалидов (не менее трех организаций)

Председатель ВОИ Баранов В.В.

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)



4.6. Информация направлена в:

Управление социальной помощи по г. Асбесту
 (наименование территориального отраслевого исполнительного органа государственной власти
 Свердловской области)

30 октября 2019 г. для размещения и автоматизированной информационной
 (дата)

Системе «Доступная среда Свердловской области»

Руководитель объекта (должность) и и.о. гл. врача Султанова С.А.
 (фамилия, имя, отчество)

(подпись)



4.7. Оценка результата исполнения программы, плана (по состоянию доступности) после
 выполнения работ по адаптации объекта:

Руководитель объекта (должность) и.о. гл. врача Султанова С.А.
 (фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата _____