

|                                                                                                                                           |                                                                     |                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ</b>                                                                                       |                                                                     | ul. Wspólna 2/4, 00-92<br>Warszawa                                                                                            |
| Nazwa i adres podmiotu publicznego<br><b>Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Żorach 44-240 Żory os. Księcia Władysława 28</b> | <b>Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego</b> | Portal sprawozdawczy GUS<br><b>portal.stat.gov.pl</b><br><br>Urząd Statystyczny<br>ul. St. Leszczyńskiego 48<br>20-068 Lublin |
| Numer identyfikacyjny<br>REGON <b>24327497600000</b>                                                                                      | <b>Stan w dniu 01.01.2021 r.</b>                                    | Termin przekazania:<br><b>do 31.03.2021 r.</b>                                                                                |

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.).

#### Dane kontaktowe

|                                                    |                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------|
| E-mail sekretariatu podmiotu                       | sekretariat@ckziu.zory.pl |
| E-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz | sekretariat@ckziu.zory.pl |
| Telefon kontaktowy                                 | 324345366                 |
| Data                                               | 2021-02-11                |
| Miejscowość                                        | Żory                      |

#### Lokalizacja siedziby podmiotu

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| Województwo | WOJ. ŚLĄSKIE            |
| Powiat      | Powiat m. Żory          |
| Gmina       | M. Żory (gmina miejska) |

**Podmiot zobowiązany do złożenia raportu o stanie dostępności na podstawie art. 11 ust. 4. ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Uzd) do:**

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

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

W skład Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Żorach wchodzi jednostki o następujących regonach: 24353740100000 Branżowa Szkoła I Stopnia w Żorach; 24352395900000 Technikum nr 3 w Żorach; 24333371000000 Liceum Ogólnokształcące dla Dorosłych w Żorach; 38660841000000 Branżowa Szkoła II Stopnia w Żorach; 38447907700000 Centrum Kształcenia Zawodowego w Żorach dla których został stworzony Raport.

#### Dział 1. Dostępność architektoniczna

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów:</b>                                                                                      |                                                                                                                              |
| <b>1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne ?</b>                                                               | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><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 przestrzenie komunikacyjne: |                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>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?</b>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><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 umożliwia dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych:                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |
| <b>3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><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 informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy:                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              |
| <b>4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> W części budynków tak, w części nie |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |
| <b>5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><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 osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |
| <b>Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej</b><br><i>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</i> |                                                                                                                              |

## 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.

|                                                                                                                                            |                    |                       |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <b>1. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot posiada deklarację dostępności</b> | Liczba stron:      |                       |                                  |
|                                                                                                                                            | Liczba aplikacji:  |                       |                                  |
| <b>Strony internetowe i aplikacje mobilne, dla których podmiot posiada deklarację dostępności</b>                                          |                    |                       |                                  |
| <b>Lp.</b>                                                                                                                                 | <b>ID a11y-url</b> | <b>ID a11y-status</b> | <b>ID a11y-data-sporzadzenie</b> |

|                                                                                                                                                |                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| <b>2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności</b> | Liczba stron:     |  |
|                                                                                                                                                | Liczba aplikacji: |  |

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

| Lp. | Adres strony internetowej | Zgodność z UdC |
|-----|---------------------------|----------------|
|-----|---------------------------|----------------|

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

| Lp. | Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania | Zgodność z UdC |
|-----|--------------------------------------------------|----------------|
|-----|--------------------------------------------------|----------------|

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–h) |                                                                                                                                                                                                 |
| a. Kontakt telefoniczny                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                    |
| b. Kontakt korespondencyjny                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                    |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                    |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                    |
| e. Przesyłanie faksów                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                    |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                    |
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK<br><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<br><input type="checkbox"/> w ciągu 1 dnia roboczego<br><input type="checkbox"/> w ciągu 2-3 dni roboczych<br><input type="checkbox"/> powyżej 3 dni roboczych |
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty)                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                |
| <b>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?</b>                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących:                                                                                                                   |                                                                                                                             |
| <b>Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:</b><br>(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)                                                                                                                     |                                                                                                                             |
| <b>3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:</b><br>(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c) |                                                                                                                             |
| <b>a. tekstu odczytywalnego maszynowo?</b>                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><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>b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?</b>                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><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 informacje o zakresie swojej działalności w postaci nagrania treści w polskim języku migowym:                                              |                                                                                                                             |
| <b>c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?</b>                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><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 informacje o zakresie swojej działalności w postaci informacji w tekście łatwym do czytania:                                               |                                                                                                                             |
| <b>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?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)                        | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                |
| <b>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                                                             |
| <b>Liczba wniosków – ogółem:</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                             |
| Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form:<br>(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.

|                                                                                                              |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia innej osoby?</b> | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)                                                                                                                                                                       |                                                              |
| <b>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</b>                                                                                                                  |                                                              |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby:                                                                                                                    |                                                              |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego                                                                                                                                            |                                                              |
| <b>2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| <b>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</b>                                                                                                                  |                                                              |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego:                                                                                                               |                                                              |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego                                                                                                                                            |                                                              |
| <b>3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)                                | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| <b>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</b>                                                                                                                  |                                                              |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu:                                                                                             |                                                              |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego                                                                                                                                            |                                                              |
| <b>4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?</b><br>(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)                                                   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
| <b>W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:</b>                                                                                                                  |                                                              |
| Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej:                                                                                                                |                                                              |
| Na czym polegało zapewnienie dostępu alternatywnego w sposób inny niż wymienione wyżej:                                                                                                                  |                                                              |
| Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego                                                                                                                                            |                                                              |

