

Приложение А.4

УТВЕРЖДАЮ
главный врач
ГУ КРПБ

Князева Л.В.

“ ___ ” _____ 20__ г.

АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ
объекта социальной инфраструктуры
К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ
№ 01/14-02Республика КомиНаименование территориального
образования субъекта Российской
Федерации

“ ___ ” _____ 20__ г.

1. Общие сведения об объекте

- 1.1. . Наименование (вид) объекта ГУ КРПБ, отделение № 2 и № 10
- 1.2. Адрес объекта 167019, Республика Коми, г.Сыктывкар, ул. Эжвинская, 1а
- 1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание 2 этажей, 1485,6 кв. м
- часть здания _____ этажей (или на _____ этаже), _____ кв. м
- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); 76991 кв. м
- 1.4. Год постройки здания 1980 , последнего капитального ремонта _____
- 1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего* _____ ,
капитального _____
- 1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование)
Государственное учреждение Коми Республиканская психиатрическая больница, ГУ КРПБ
- 1.7. Юридический адрес организации (учреждения) 167019 Республика Коми г.Сыктывкар, ул. Эжвинская, 1а

2. Характеристика деятельности организации на объектеДополнительная информация здравоохранение

3. Состояние доступности объекта

3.1. Путь следования к объекту пассажирским транспортом

(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)

Автобусы: №12, №18, № 54, (остановка ГПТУ-15), № 108 (остановка Строитель), такси

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 **600** м

3.2.2. время движения (пешком) **10** мин.

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: *есть, **нет*** (описать)

Их обустройство для инвалидов на коляске: *да, **нет***

3.3. Организация доступности объекта для инвалидов – форма обслуживания

№ п/п	Категория инвалидов (вид нарушения)	Вариант организации доступности объекта (формы обслуживания)*
1	Все категории инвалидов и МГН	А
	<i>в том числе инвалиды:</i>	
2	передвигающиеся на креслах-колясках	А
3	с нарушениями опорно-двигательного аппарата	А
4	с нарушениями зрения	А
5	с нарушениями слуха	А
6	с нарушениями умственного развития	А

* Указывается один из вариантов: “А”, “Б”, “ДУ”, “ВНД”.

3.4. Состояние доступности основных структурно-функциональных зон

№	Основные структурно-	Состояние	Приложение
---	----------------------	-----------	------------

п/п	функциональные зоны	доступности, в том числе для основных категорий инвалидов **	№ на плане	№ фото
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	ДП-В		
2	Вход (входы) в здание	ДП-В		
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	ДП-В		
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	ДП-В		
5	Санитарно-гигиенические помещения	1. ДЧ-И (О,С,Г,У) 2. ВНД (К)		
6	Система информации и связи (на всех зонах)	ВНД		
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	ДП-В		

** Указывается: ДП-В – доступно полностью всем; ДП-И (К, О, С, Г, У) – доступно полностью избирательно (указать категории инвалидов); ДЧ-В – доступно частично всем; ДЧ-И (К, О, С, Г, У) – доступно частично избирательно (указать категории инвалидов); ДУ – доступно условно; ВНД – недоступно.

3.5. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии доступности ОСИ:

Объект признан временно недоступным для всех категорий инвалидов. Для обеспечения условной доступности объекта для инвалидов с нарушениями слуха рекомендуется обеспечить размещение визуальной информации на входе на территорию, в здание и организацию сурдоперевода при оказании услуг. Наличие информации на всех зонах, в том числе на ясном языке обеспечит полную допустимость для инвалидов с умственными нарушениями. Организация ситуационной помощи на входе, путях движения и зоне оказания услуг с согласованием отклонений от нормативных требований некоторых элементов с предоставлением потребителя (ВОИ) позволит добиться условной доступности для инвалидов, передвигающихся на кресле -колясках. Для инвалидов с иными нарушениями опорно-двигательного аппарата можно добиться полной доступности объекта при условии ремонта покрытия на территории, обустройства входного узла (ремонт напольного покрытия с заменой водосборной решётки, поручней), приведения в соответствие с нормативными требованиями системы визуальной информации и дублирующей акустикой на всех зонах, а также обустройства санитарно-гигиенического помещения (туалета). Для решения вопросов доступности объекта для инвалидов с нарушениями зрения может решаться на первом этапе путём оказания ситуационной помощи на всех зонах, что обеспечит условную доступность; при комплексном развитии системы информации на объекте с использованием контрастных и тактильных направляющих на

всех путях движения, дублировании основной информации рельефно-точечным шрифтом и акустической информацией может быть достигнута полная доступность объекта для граждан с нарушением зрения.

4. Управленческое решение (проект)

4.1. Рекомендации по адаптации основных структурных элементов объекта:

№ п/п	Основные структурно-функциональные зоны объекта	Рекомендации по адаптации объекта (вид работы)*
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	Текущий
2	Вход (входы) в здание	Текущий
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	Текущий
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	Текущий
5	Санитарно-гигиенические помещения	1. Текущий 2. Капитальный
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	Капитальный
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	Текущий
8	Все зоны и участки	Текущий

* Указывается один из вариантов (видов работ): не нуждается; ремонт (текущий, капитальный); индивидуальное решение с ТСР; технические решения невозможны – организация альтернативной формы обслуживания.

4.2. Период проведения работ **2016-2020г.г.**

в рамках исполнения **программы Республики Коми «Доступная среда»**

(указывается наименование документа: программы, плана)

4.3. Ожидаемый результат (по состоянию доступности) после выполнения работ по адаптации **после проведения вышеперечисленных работ объект будет соответствовать следующим параметрам: ДП-В**

Оценка результата исполнения программы, плана (по состоянию доступности) **после проведения вышеперечисленных работ**

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

4.4.1. согласование на Комиссии **Коми республиканской организации общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов».**

(наименование Комиссии по координации деятельности в сфере обеспечения доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других МГН)

4.4.2. согласование работ с надзорными органами (в сфере проектирования и строительства, архитектуры, охраны памятников, другое – указать)

4.4.3. техническая экспертиза; разработка проектно-сметной документации;

4.4.4. согласование с вышестоящей организацией (собственником объекта);

4.4.5. согласование с общественными организациями инвалидов

4.4.6. другое с МЗ РК

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

Нет

4.7. Информация может быть размещена (обновлена) на Карте доступности субъекта Российской Федерации _____

(наименование сайта, портала)

5. Особые отметки

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Результаты обследования:

1. Территории, прилегающей к объекту	на	<u>1</u>	л.
2. Входа (входов) в здание	на	<u>1</u>	л.
3. Путей движения в здании	на	<u>1</u>	л.
4. Зоны целевого назначения объекта	на	<u>1</u>	л.
5. Санитарно-гигиенических помещений	на	<u>1</u>	л.
6. Системы информации (и связи) на объекте	на	<u>1</u>	л.

Результаты фотофиксации на объекте _____ на 1 л.

Поэтажные планы, паспорт БТИ _____ на 1 л.

Другое (в том числе дополнительная информация о путях движения к объекту) схема движения по территории

Руководитель
рабочей группы _____

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

Члены рабочей группы _____

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

В том числе:

представители общественных
организаций инвалидов _____

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

представители организации,
расположенной на объекте _____

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

(Должность, Ф.И.О.)

(Подпись)

Управленческое решение согласовано “ ____ ” _____ 20__ г.
(протокол № _____)
Комиссией (название) _____.