

Приложение А.4

УТВЕРЖДАЮ

главный врач

ГУ КРПБ

Князева Л.В.

“ ___ ” _____ 20__ г.

**АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ
объекта социальной инфраструктуры
К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ**

№ 01/14-07Республика КомиНаименование территориального
образования субъекта Российской
Федерации

“ ___ ” _____ 20__ г.

1. Общие сведения об объекте

1.1. . Наименование (вид) объекта ГУ КРПБ, отделение 7 и лечебно-диагностическое отделение

1.2. Адрес объекта 167019, Республика Коми, г.Сыктывкар, ул. Эжвинская, 1а

1.3. Сведения о размещении объекта:

- отдельно стоящее здание 2 этажей, 1438,2 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 объекте

Дополнительная 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

№ п/п	Основные структурно-функциональные зоны	Состояние доступности, в том числе для основных категорий инвалидов **	Приложение	
			№ 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 **2016-2020** годы

в рамках исполнения **программы Республики Коми «Доступная среда»**
(указывается наименование документа: программы, плана)

4.3. Ожидаемый результат (по состоянию доступности) **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 передвижения 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) _____.