ПАСПОРТ ДОСТУПНОСТИ
для инвалидов общественного здания

Наименование объекта	*ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»*
Фактический адрес	*117152, г. Москва, Загородное ш., д. 2,*
Юридический адрес	*117152, г. Москва, Загородное ш., д. 2*
Округ, район	*ЮАО; Донской*
Телефон/ E-mail	*(495)952-87-90; pkb1@zdrav.mos.ru*
Вид деятельности	*здравоохранение*
Ведомственная принадлежность, вышестоящая организация	*Департамент здравоохранения города Москвы*
Форма собственности объекта	Право оперативного управления
Размещение объекта (все здание, часть здания, здание жилое или нежилое, этажи, на которых оказываются услуги)	
Количество и назначение входов	Территория больницы
Объем предоставляемых услуг (количество посетителей в день, вместимость)	
Возможность оказания помощи в получении услуги инвалиду со стойкими нарушениями здоровья	
Возможность обслуживания инвалидов со стойкими нарушениями здоровья на дому	
Возможность дистанционного обслуживания	

1. Доступность основных функциональных зон объекта для инвалидов

Наименование основных структурных элементов объекта	Доступность для инвалидов			
	К (на кресле- коляске)	**О** (с нарушением опорно-двигательного аппарата)	**С** (с нарушением зрения)	**Г** (с нарушением слуха)
Территория объекта	частичная	частичная	частичная	полная
Входная группа	частичная	частичная	частичная	полная
Пути движения	частичная	частичная	частичная	полная
Зона оказания услуги	полная	полная	частичная	полная
Санитарно-бытовые помещения	не соответствие	частичная	частичная	полная

2. Доступность объекта для инвалидов

Состояние доступности	Доступность для инвалидов			
	К	**О**	**С**	**Г**
Доступность объекта	частичная	полная	частичная	полная
Доступность услуги	частичная	частичная	частичная	полная
Доступность итоговая	частичная	частичная	частичная	полная

3. Рекомендации по адаптации основных функциональных зон объекта

Основные структурные элементы объекта	**Рекомендации по адаптации объекта***
Территория, прилегающая к зданию (участок)	Оборудовать вход знаком доступности для инвалидов согласно СП 59.13330.2012
Вход (входы) в здание	Выполнить перед входами тактильные полосы
Путь (пути) движения внутри здания	-
Зона целевого посещения объекта (оказания услуги)	Крайние ступени всех зданий и лестниц выделить контрастным цветом
Санитарно-гигиенические помещения	Выполнить согласно СП 59.13330.2012
Все зоны и участки объекта в целом	Выполнить согласно СП 59.13330.2012

4. Планируемый период проведения работ по адаптации

5. Ожидаемый результат (по состоянию доступности) частично

Паспорт сформирован на основании Анкеты обследования от «_24_» _октября_____ 2017 г.,

Дата составления паспорта « _9_ » _ноября___ 2017 г.

Главный врач ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ» _____ Г.П.Костюк

/Ф.И.О/

М.П.

Председатель общественной организации инвалидов ..... Лобанова И.В

/Ф.И.О/

М.П.

А К Т №179/4-17

обследования объекта действующей инфраструктуры в городе Москве

плановое

вид обследования – инициативное, плановое, внеплановое, первичное, повторное)

от "24" 10 2017 г. **ЮАО**

(наименование административного округа)

ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ» *(территория больницы)*

(наименование объекта и его ведомственная принадлежность)

Адрес Загородное шоссе д.2 почтовый индекс _____ телефоны _____

Мною, инспектором Общественной инспекции по делам инвалидов в городе Москве

Барыниным Н. С.

(фамилия, имя, отечество)

Удостоверение № 24 выдано ДСЗН в г. Москве от 10.04 2012г _____

(№ удостоверения, кем и когда выдано)

в присутствии представителей:

администрации объекта Хачатрян А. В (зам. Гл. врача по хозяйственным вопросам)

собственника объекта _____

органов социальной защиты населения города Москвы

_____

при участии представителей других организаций

_____

(указать фамилии, имена и отчества представителей, их должности и контактные телефоны)

произвел обследование объекта на предмет доступности его для пользования инвалидами и другими маломобильными группами населения и установил:

1. ОРГНАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (*в рамках исполнения Федерального закона от 01.12.2014 № 419-ФЗ и Протокола всероссийского селекторного совещания у Министра труда и социальной защиты Российской Федерации М.А. Топилина от 12 октября 2015 года № 1/13/16*)

1.1. Наличие должностного лица, назначенного ответственным за обеспечение условий доступности для маломобильных граждан на объекте: **да/нет** (нужное подчеркнуть)

1.1.1. В случае наличия

_____

(указать ФИО, должность)

1.1.2. Основание назначения должностного лица (указать локальный акт организации):

_____ № _____ Дата _____

1.1.3. Наличие должностной инструкции должностного лица: **да/нет** (нужное подчеркнуть)

1.2. Наличие паспорта доступности объекта: **да/нет** (нужное подчеркнуть)

1.2.1. Дата утверждения _____

1.2.2. Кем утвержден:

Руководитель _____

(ФИО)

заместитель руководителя _____

(ФИО)

другое должностное лицо _____

_____

(должность и ФИО)

1.2.3. Кем согласован:

общественное объединение инвалидов:

_____

(указать наименование организации)

_____

(ФИО/должность)

_____

(дата)

другое:

_____

(ФИО)

_____

(дата)

На момент обследования здание проводятся работы по реконструкции.

2. ПРИЛЕГАЮЩАЯ ТЕРРИТОРИЯ

соответствие нормативным требованиям полное, ***частичное***, несоответствие* (нужное подчеркнуть)

здания имеет выделенную территорию ,есть места отдыхана территории и выделенных участках для прогулок

- на городской территории нет выделенного машино-места для парковки машин инвалида;
-рельеф при входе на территорию имеет наклонный рельеф, что можно рассматривать как естественный пандус – отсутствуют поручни пандуса;
-пандусы на территории имеют неровное покрытие;
-лестницы на перепаде рельефа не имеют выделения крайних ступеней, предупреждающей тактильной полосы перед лестницами;
-не везде есть понижение бортового камня в местах схода;

3. ВХОДНАЯ ГРУППА

соответствие нормативным требованиям полное, частичное, несоответствие* (нужное подчеркнуть)

см отд. Акты 180/4-17……..188/4-17

4. ПУТИ ДВИЖЕНИЯ К ЗОНАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ

соответствие нормативным требованиям полное, частичное, несоответствие* (нужное подчеркнуть)

см отд. Акты 180/4-17……..188/4-17

5. ПОМЕЩЕНИЯ ЗОН ОБСЛУЖИВАНИЯ

соответствие нормативным требованиям полное, частичное, несоответствие* (нужное подчеркнуть)

см отд. Акты 180/4-17……..188/4-17

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПОМЕЩЕНИЯ

соответствие нормативным требованиям полное, частичное, несоответствие* (нужное подчеркнуть)

см отд. Акты 180/4-17.....188/4-17

6. ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНАЯ ДОСТУПНОСТЬ

соответствие нормативным требованиям полное, ***частичное***, несоответствие* (нужное подчеркнуть)

- визуальные средства информации о предоставлении услуг инавигации по территории не дублируются шрифтом по методу брайля;

- отсутствует знак доступности объекта инвалидами при входе ;

7. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ**

- передвигающихся с опорами: ***полная,*** частичная, недоступен (нужное подчеркнуть);

- передвигающихся на креслах - колясках: полная, ***частичная,*** недоступен (нужное подчеркнуть);

- с ограничениями зрения: полная, ***частичная***, недоступен (нужное подчеркнуть);

- с ограничениями слуха: ***полная,*** частичная, (нужное подчеркнуть)

8. Выполнены ли ранее внесенные предложения (акт N ____ от "___" _____200_ г.) выполнены, выполнены частично, не выполнены

(нужное подчеркнуть)**

9. ПРЕДЛОЖЕНИЯ (рекомендации):

В целях обеспечения доступности объекта для пользования инвалидами и другими маломобильными группами населения необходимо осуществить следующие мероприятия:

Наименование мероприятий

- оборудовать вход знаком доступности для инвалидов согласно СП 59.13330.2012;

- выполнить перед лестницами предупреждающие тактильные полосы;

-оборудовать пандус при входе на территорию поручнями;

-крайние ступени всех лестничных маршей выделить контрастным цветом;

Настоящий акт может являться неотъемлемой частью акта обследования комиссионной проверки объекта, осуществляемой по запросу уполномоченных органов организаций,

составлен в _____ экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, из которых первый находится у инспектора Общественной инспекции по делам инвалидов города Москвы, второй - у администрации объекта, а также у представителей других организаций _____

_____

24.10 2017г.

(дата)

(Барышник К.А.)

(инициалы, фамилия и подпись инспектора, проводившего проверку)

Представитель администрации объекта

(подпись, инициалы, фамилия)

М.П.

Представители других организаций:

(подпись, инициалы, фамилия)

М.П.

(подпись, инициалы, фамилия)

Экземпляр акта получил представитель:
администрации объекта

_____

(должность, инициалы, фамилия, подпись и дата получения)

органов социальной защиты населения

_____

(должность, инициалы, фамилия, подпись и дата получения)

другой организации _____

(должность, инициалы, фамилия, подпись и дата получения)

*- в случае несоответствия указываются конкретные позиции со ссылкой на нормативный правовой акт (№, дата принятия, статья, пункт и т.д.), требования которого нарушены

** - в случае невыполнения ранее внесенных предложений направляется уведомление руководителю Общественной инспекции по делам инвалидов в городе Москве (форма прилагается)

Отсутствует информация о объекте шрифтом брайля

Пандус на перепаде рельефа. Покрытие неровное.

Лестница на перепаде рельефа. Нет предупреждающей тактильной полосы перед лестницей, нет выделения крайних ступеней.

В местах перехода не везде есть понижение бордюрного камня.

На территории есть места для отдыха

Выделенные участки для прогулок имеют места для отдыха