Форма
Утверждена
Постановлением Правительства
Свердловской области
от 11 февраля 2014 г. N 70-ПП

ПАСПОРТ ДОСТУПНОСТИ
ОБЪЕКТА СОЦИАЛЬНОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

N **_17_** **"_01_" __03__ 2022 г.**

1. Общие сведения об объекте

1.1. Вид (наименование) объекта ____ **ФАП**_____
1.2. Полный почтовый адрес объекта_623366, Свердловская область, Артинский р-он,

д. Нижний Бардым ул.Комсомольская,56 ч.1 __

1.3. Сведения о размещении объекта:
отдельно стоящее здание _ __ этажей, ___ __ кв. м,
часть здания _ **1**_ этажей (или на __1 _ этаже), _120,4_ кв. м,
наличие прилегающего земельного участка (**да**, нет), __661,0 __ кв. м
1.4. Год постройки здания **_1983_**, последнего капитального ремонта _2014 __
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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «АРТИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА», **ГАУЗ СО «Артинская ЦРБ»**___
1.7. Юридический адрес организации (учреждения), телефон, e-mail _623340, Свердловская область, Артинский район, пгт.Арти, ул. Аносова, 100 Тел.: 8 (343 91) 6-42-55 , e-mail: secretary@arti-crb.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)_**региональная**_
1.11. Вышестоящая организация (наименование) __Министерство Здравоохранения Свердловской области, **МЗ СО**__
1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты (полный почтовый адрес, телефон, e-mail)
_____**620014, г. Екатеринбруг, ул. Вайнера, 34-Б; (343)3120003; minzdrav@egov66.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, места приложения труда (специализированные предприятия и организации, специальные рабочие места для инвалидов)) _____**здравоохранение**_____
2.2. Категории обслуживаемого населения по возрасту: (дети, взрослые трудоспособного возраста, пожилые; все возрастные категории)
_____**все возрастные категории**_____
2.3. Категории обслуживаемых инвалидов: **инвалиды на коляске, инвалиды с патологией опорно-двигательного аппарата, по зрению, по слуху, с умственной отсталостью**
2.4. Виды услуг ___**оказание первичной медико-санитарной помощи**____
2.5. Форма оказания услуг: (на объекте, с длительным пребыванием, с проживанием, на дому, дистанционно) _____**на объекте, на дому**_____
2.6. Плановая мощность: посещаемость (количество обслуживаемых в день), вместимость, пропускная способность ___**13/20 /13**_____

2.7. Участие в исполнении индивидуальной программы реабилитации инвалида, ребенка-инвалида (да, нет) _____**да**_____

3. Состояние доступности объекта

3.1. Путь следования к объекту пассажирским транспортом (описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта) _автобусный маршрут **«п.Арти-д.Нижний Бардым »**

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 _200_ метров

3.2.2. Время движения (пешком) __5_ минут

3.2.3. Наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути (да, нет)___**нет**____

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

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

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

Их обустройство для инвалидов на коляске: да, нет (описать) __**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
2	*в том числе инвалиды:*	
3	передвигающиеся на креслах-колясках	А
4	с нарушениями опорно-двигательного аппарата	А
5	с нарушениями зрения	А
6	с нарушениями слуха	А
7	с умственными нарушениями	А

<*> С учетом СП 35-101-2001, СП 31-102-99;

<**> указывается один из вариантов ответа: "А" (доступность всех 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 катего рий МГН
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП
2	Вход (входы) в здание	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП
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	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП
6	Система информации и связи (на всех зонах)	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП
8	Все зоны и участки	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП	ДП

участки <**>

<*> 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 (не предназначен для посещения инвалидами и другими маломобильными группами населения); <**> указывается худший из вариантов ответа.

3.5. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии доступности объекта социальной инфраструктуры:
_____**доступно полностью**_____

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 нужда-ется (доступ обеспечен)	Ремонт (текущий, капитальный)	Индивидуальное техническое решение (ТСР)	Технические решения невозможны-Организация альтернативной формы обслуживания
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	доступ обеспечен			
2	Вход (входы) в здание	доступ обеспечен			
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	доступ обеспечен			
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	доступ обеспечен			
5	Санитарно-гигиенические помещения	доступ обеспечен			
6	Система информации и связи (на всех зонах)	доступ обеспечен			
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	доступ обеспечен			
8	Все зоны и участки	доступ обеспечен			

4.2. Период проведения работ _____
в рамках исполнения _____
(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:
____**Председатель АГО ВОИ Алексанов Э.В.**_____
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

4.6. Информация направлена в _____**Управление социальной политики № 3**_____
(наименование территориального отраслевого исполнительного органа государственной власти СО, ДАТА)
для размещения в автоматизированной информационной системе "Доступная среда СО".

Руководитель объекта (должность) __**главный врач**__ **/Худяков В.А./**_____
(подпись)

Дата ___01.03.2022г._____

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

Руководитель объекта (должность) _____ /фамилия, имя, отчество/
(подпись)

Дата _____