

MINISTERSTWO FUNDUSZY I POLITYKI REGIONALNEJ

ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa

Nazwa i adres podmiotu publicznego  
**WODOCIĄGOWO-KANALIZACYJNE**  
**"LEGIONOWO" Sp. z o.o.**  
 ul. T. Kościuszki 16 A, 05-120 LEGIONOWO  
 tel. 0-22 774 10 02

## Raport o stanie zapewniania dostępności podmiotu publicznego

Portal sprawozdawczy GUS  
**portal.stat.gov.pl**  
 Urząd Statystyczny  
 ul. St. Leszczyńskiego 48  
 20-068 Lublin

Numer identyfikacyjny REGON  
 (wpisać jeśli podmiot posiada)

010635430

Stan w dniu 01.01.2021 r.

Termin przekazania:  
 do 31.03.2021 r.

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.).

**S E K R E T A R I A T @ P W K L E G I O N O W O . C O M**

(e-mail sekretariatu podmiotu – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

### Lokalizacja siedziby podmiotu

Województwo: **Mazowieckie**Powiat: **Legionowski**Gmina: **Legionowo**

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

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

1) ministra właściwego do spraw  
rozwoju regionalnego ☐

2) wojewody ☒3) nie dotyczy ☐

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

### Dział 1. Dostępność architektoniczna

**Liczba budynków, w których podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę interesantów:** **2**

**1. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☐

W części budynków tak, w części nie ☒  
 (dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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:

**1**

**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?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☐

W części budynków tak, w części nie ☒  
 (dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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:

**1**

**3. Czy podmiot zapewnia w tym budynku (tych budynkach) informację na temat rozkładu pomieszczeń, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☒

W części budynków tak, w części nie ☐  
 (dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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:

... (wpisać) ...

**4. Czy podmiot zapewnia (umożliwia, dopuszcza) wstęp do tego budynku (tych budynków) osobie korzystającej z psa asystującego?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☐

W części budynków tak, w części nie ☒  
 (dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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:

**1**



**5. Czy podmiot zapewnia w przypadku tego budynku (tych budynków) osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania w inny sposób?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐NIE ☐

W części budynków tak, w części nie ☒  
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi podstawową działalność i/lub obsługę w więcej niż 1 budynku)

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:

**1**

Komentarze i uwagi dotyczące dostępności architektonicznej:

(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)

**Na terenie siedziby Spółki – przy ul. Kościuszki 16A w Legionowie - znajdują się 2 budynki, które służą do podstawowej działalności związanej ze świadczeniem usług Przedsiębiorstwa. Są to budynki biurowe, z których tylko jeden służy do obsługi klientów i interesantów. Budynek ten posiada pełną dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami (parking przystosowany dla osób niepełnosprawnych, podjazd dla osób niepełnosprawnych, przystosowana łazienka wraz z toaletą, pomieszczenia bez barier poziomych i pionowych, informację o wyjściu ewakuacyjnym, pełną obsługę i pomoc osób w biurze obsługi klienta). Pozostałe obiekty / budynki Spółki takie jak stacje uzdatniania wody, przepompownie ścieków, garaże i pomieszczenia magazynowe, należy traktować jako budynki o charakterze technicznym, które nie wymagają wymienienia w niniejszym raporcie.**

## 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> | <b>Liczba stron:</b>     | <b>1</b> |
|                                                                                                                                            | <b>Liczba aplikacji:</b> | <b>0</b> |

Prosimy o podanie zawartości następujących elementów deklaracji dostępności, dla każdej strony internetowej oraz aplikacji mobilnej oddzielnie, zgodnie ze wzorem: (wpisać – każdą stronę/aplikację w osobnym wierszu)

| ID a11y-url                                                                                      | ID a11y-status                  |                                                      |                                    | ID a11y-data-sporządzenie |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| <a href="http://pwklegionowo.com/deklaracja_zgodnosci">pwklegionowo.com/deklaracja_zgodnosci</a> | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input checked="" type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> | 2020-09-18                |
|                                                                                                  | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/>            | Niezgodna <input type="checkbox"/> |                           |
|                                                                                                  | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/>            | Niezgodna <input type="checkbox"/> |                           |
|                                                                                                  | Zgodna <input type="checkbox"/> | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/>            | Niezgodna <input type="checkbox"/> |                           |

|                                                                                                                                                |                          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| <b>2. Liczba prowadzonych stron internetowych i udostępnianych aplikacji mobilnych, dla których podmiot nie posiada deklaracji dostępności</b> | <b>Liczba stron:</b>     | <b>1</b> |
|                                                                                                                                                | <b>Liczba aplikacji:</b> | <b>0</b> |

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

| Adres strony internetowej (wpisać)                             | Zgodność z UdC (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej strony) |                                           |                                               |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <a href="http://bip.pwklegionowo.com">bip.pwklegionowo.com</a> | Zgodna <input type="checkbox"/>                                     | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                | Zgodna <input type="checkbox"/>                                     | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/>            |
|                                                                | Zgodna <input type="checkbox"/>                                     | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/>            |

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

| Nazwa aplikacji mobilnej i adres do jej pobrania (wpisać) | Zgodność z UdC (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdej aplikacji) |                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|
|                                                           | Zgodna <input type="checkbox"/>                                        | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Zgodna <input type="checkbox"/>                                        | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Zgodna <input type="checkbox"/>                                        | Częściowo zgodna <input type="checkbox"/> | Niezgodna <input type="checkbox"/> |

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

#### 1. Czy podmiot zapewnia osobom ze szczególnymi potrzebami obsługę z wykorzystaniem niżej wymienionych sposobów/środków wspierających komunikowanie się?

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–h)

|                                                                                                                  |                                         |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| a. Kontakt telefoniczny                                                                                          | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>            |
| b. Kontakt korespondencyjny                                                                                      | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>            |
| c. Przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Komunikacja audiowizualna, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych                                 | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Przesyłanie faksów                                                                                            | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>            |
| f. Wykorzystanie tłumacza języka migowego przez strony internetowe i/lub aplikacje (tłumaczenie online)          | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Pomoc tłumacza języka migowego – kontakt osobisty                                                             | TAK <input type="checkbox"/>            | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy określić w jakim czasie od zgłoszenia potrzeby podmiot zapewnia kontakt osobisty z tłumaczem języka migowego: (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

1) od razu ☐ 2) w ciągu 1 dnia roboczego ☐ 3) w ciągu 2-3 dni roboczych ☐ 4) powyżej 3 dni roboczych ☐

|                                                             |                              |                                         |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| h. Kontakt z pomocą tłumacza-przewodnika (kontakt osobisty) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|

#### 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?

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐

NIE ☒

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie liczby posiadanych urządzeń lub środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących:

.....  
(wpisać)

#### Liczba prowadzonych przez podmiot stron internetowych:

(liczba ta powinna być zgodna z sumą stron internetowych wykazanych w Dziale 2)

1

#### 3. Czy podmiot zapewnia na tej stronie internetowej (tych stronach internetowych) informację o zakresie swojej działalności (głównych zadaniach podmiotu) w postaci:

(zaznaczyć jedną odpowiedź dla każdego sposobu/środka wymienionego w podpunktach a–c)

##### a. tekstu odczytywalnego maszynowo?

TAK ☐

NIE ☒

Na części stron tak, na części nie ☐  
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)

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:

.....  
(wpisać)

##### b. nagrania treści w polskim języku migowym (PJM) w postaci pliku wideo?

TAK ☐

NIE ☒

Na części stron tak, na części nie ☐  
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)

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:

.....  
(wpisać)

##### c. informacji w tekście łatwym do czytania (ETR)?

TAK ☒

NIE ☐

Na części stron tak, na części nie ☐  
(dopuszczalne jeśli podmiot prowadzi więcej niż 1 stronę internetową)

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:

.....  
(wpisać)

#### 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?

(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐

NIE ☒

W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:

Liczba wniosków – ogółem:

.....  
(wpisać)

Nazwy użytych form komunikacji określonych we wnioskach ze wskazaniem liczby użyć każdej z tych form:  
(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.

**1. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia innej osoby?**  
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐

NIE ☒

*W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:*

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia innej osoby:

... (wpisać)

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

**2. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci wsparcia technologicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐

NIE ☒

*W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:*

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci wsparcia technologicznego:

... (wpisać)

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

**3. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu?** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐

NIE ☒

*W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:*

Liczba przypadków zastosowania dostępu alternatywnego w postaci zmian w organizacji funkcjonowania podmiotu:

... (wpisać)

Uzasadnienie zastosowania tego rodzaju dostępu alternatywnego: (proszę opisać słownie)

**4. Czy w okresie sprawozdawczym podmiot zapewniał dostęp alternatywny w sposób inny niż wymienione wyżej?**  
(proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

TAK ☐

NIE ☒

*W przypadku odpowiedzi „TAK” – prosimy o podanie poniżej dodatkowych informacji:*



P . Z B E R O W S K I @ P W K L E G I O N O W O . C O M

(e-mail kontaktowy osoby, która wypełniła formularz – WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI)

(22) 774-13-61  
(telefon kontaktowy)

Legionowo 23.03.2021r.  
(miejscowość, data)