УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач

ГБУЗ «ОПНБ№5»
_____Стольникова Ю.Н.
«_24___» __июля_ 2020г.

ПАСПОРТ ДОСТУПНОСТИ
объекта социальной инфраструктуры (ОСИ)
№ 13

1. Общие сведения об объекте

1.1Наименование(вид)объекта- объект здравоохранения
1.2.Адрес объекта __-455048_г.Магнитогорск, ул.Грязнова 30
1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание _____ этажей, _____ кв.м
- часть здания _____ этажей (или на ____1_____ этаже), __421.9_____ кв.м
- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); ___542.7___ кв.м
1.4. Год постройки здания _____1968г.____, последнего капитального ремонта _____
1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего __проведен в 2017_____, капитального* _____

сведения об организации, расположенной на объекте

1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) государственное бюджетное учреждение здравоохранения «психоневрологическая больница №5»
1.7. Юридический адрес организации (учреждения) ___г.Магнитогорск,ул.Рабочая 53
1.8. Основание для пользования объектом (**оперативное управление,** аренда, собственность)
1.9. Форма собственности (**государственная**, негосударственная)
1.10. Территориальная принадлежность (*федеральная* ***региональная****, , муниципальная*)
1.11Вышестоящая организация (*наименование*)министерство здравоохраненияЧелябинской области
1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты г.Челябинск ул.Кирова д.165

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, другое)*
_Здравоохранение
2.2Видыоказываемыхуслуг-предоставление медицинских услуг
2.3 Форма оказания услуг: (**на объекте, с длительным пребыванием, в т.ч. проживанием**, на дому, дистанционно)
2.4 Категории обслуживаемого населения по возрасту: (дети, взрослые трудоспособного возраста, пожилые; **все возрастные категории)**
2.5 Категории обслуживаемых инвалидов: *инвалиды, передвигающиеся на коляске, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата; нарушениями зрения, нарушениями слуха,* ***нарушениями умственного развития***
2.6 Плановая мощность: посещаемость (количество обслуживаемых в день), вместимость, пропускная способность _____30-40-человек____
2.7 Участие в исполнении ИПР инвалида, ребенка-инвалида (да, нет) ___-нет_

3. Состояние доступности объекта

3.1 Путь следования к объекту пассажирским транспортом
(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)
_____трамвай_№1,13,3,,маршрутноетакси54,53,50,39,31а,21,48,55,32,51,24_(до-остановки пл.Мира),
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 _____100_____ м
3.2.2 время движения (пешком) _____2-5_____ мин
3.2.3 наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути (*да,* **),**
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* (_____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**	ДУ
	в том числе инвалиды:	
2	передвигающиеся на креслах-колясках	«ВНД»
3	с нарушениями опорно-двигательного аппарата	ДЧ
4	с нарушениями зрения	ДУ
5	с нарушениями слуха	ДУ
6	с нарушениями умственного развития	ДП

* - 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****
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	,ДП-И(У)
2	Вход (входы) в здание	ДП-И(У)
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	ДП-И(У)
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	ДП-И(У)
5	Санитарно-гигиенические помещения	ДП-И(У)
6	Система информации и связи (на всех зонах)	ДЧ-И(У)
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	

****** 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** – временно недоступно

3.5. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии доступности ОСИ: __доступно полностью инвалидам с нарушением усмственного развития,с нарушением опорно-двигательного аппарата.

4. Управленческое решение

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)	Не нуждается
2	Вход (входы) в здание	Не нуждается
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	Не нуждается
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	Не нуждается
5	Санитарно-гигиенические помещения	Установка поручней
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	организация альтернативной формы обслуживания
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	Не нуждается
8	**Все зоны и участки**	Не неждается

*- 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 в рамках исполнения –не нуждается

(указывается наименование документа: программы, плана)

4.3 Ожидаемый результат (по состоянию доступности) после выполнения работ по адаптации _____

Оценка результата исполнения программы, плана (по состоянию доступности) _____

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
_____не имеется_____

4.5. Информация размещена (обновлена) на Карте доступности субъекта РФ **дата** 07.12.2020
_____
(наименование сайта, портала)

5. Особые отметки

Паспорт сформирован на основании:

1. Анкеты (информации об объекте) от «__24__» __июля_____ 2020г.,

2. Акта обследования объекта: № акта ____13_____ от «___30_» _____июля_____ 2020 г.

3. Решения Комиссии _____ от «____» _____ 20____ г.

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ «ОПНБ3№5»
_____Ю.Н.Стольникова.
«_30»июля 2020г.

АНКЕТА
(информация об объекте социальной инфраструктуры)
К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ
№ 13

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта ____Объект здравоохранения
1.2. Адрес объекта _____Магнитогорск ул.Грязнова 30
1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание _____ этажей, _____ кв.м.
- часть здания _____ этажей (или на ____1_____ этаже), ____421.9__ кв.м.
1.4. Год постройки здания _____1968г.._, последнего капитального ремонта __.
1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: текущего _(проведен в 2008)_2017_____, капитального _____

сведения об организации, расположенной на объекте

1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) __Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная психоневрологическая больница №5»
1.7. Юридический адрес организации (учреждения) __Магнитогорск ул.Рабочая 53
1.8. Основание для пользования объектом (**оперативное управление**, аренда, собственность)
1.9. Форма собственности (**государственная**, негосударственная)
1.10. Территориальная принадлежность (федеральная, **региональная**, муниципальная)
1.11. Вышестоящая организация (наименование) __Министерство здравоохранения Челябинской области
1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты ___г.Челябинск,ул.Кирова_д.165

2. Характеристика деятельности организации на объекте

2.1 Сфера деятельности (здравоохранение, образование, социальная защита, физическая культура и спорт, культура, связь и информация, транспорт, жилой фонд, потребительский рынок и сфера услуг, другое **здравоохранения**
2.2 Виды оказываемых услуг ____**медицинские**
2.3 Форма оказания услуг: (на объекте, **с длительным пребыванием**, **в т.ч. проживанием,** на дому, дистанционно)
2.4 Категории обслуживаемого населения по возрасту: (**дети, взрослые трудоспособного возраста, пожилые; все возрастные категории)**
2.5 Категории обслуживаемых инвалидов: инвалиды, передвигающиеся на коляске, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата; нарушениями зрения, нарушениями слуха, **нарушениями умственного развития**
2.6 Плановая мощность: посещаемость (количество обслуживаемых в день), вместимость, пропускная способность
50 человек
2.7 Участие в исполнении ИПР инвалида, ребенка-инвалида (да, **нет)**

3. Состояние доступности объекта для инвалидов и других маломобильных групп населения (МГН)

3.1 Путь следования к объекту пассажирским транспортом
(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)
__трамвай №1,3,13.,маршрутное такси54,53,50,39,31а,21,48,55,32,51,24,(до остановки пл.Мира)
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 _____100_____ м
3.2.2 время движения (пешком) _____2_____ 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**_____нет__**
Их обустройство для инвалидов на коляске: *да, нет* (_____нет_____)

3.3 Вариант организации доступности ОСИ (формы обслуживания)* с учетом СП 35-101-2001

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

* - указывается один из вариантов: **«А», «Б», «ДУ», «ВНД»**

4. Управленческое решение (предложения 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)	Не нуждается
2	Вход (входы) в здание	Не нуждается
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	Не нуждается
4	Зона целевого назначения (целевого посещения объекта)	Не нуждается
5	Санитарно-гигиенические помещения	Установка поручней
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	организация альтернативной формы обслуживания
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	Не нуждается
8.	**Все зоны и участки**	

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

Размещение информации на Карте доступности субъекта РФ согласовано
Рукавишникова М.Н.
Зам.гл.врача по хоз. вопросам
27-20-55

Утверждаю:
Главный врач
ГБУЗ «ОПНБ№5
_____Ю.Н.Стольникова
«__30__» июля 2020г.

АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ
объекта социальной инфраструктуры
К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ
№ 13

_г.МАгнитогорск
Наименование территориального
образования субъекта РФ

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта __-Объект здравоохранения
1.2. Адрес объекта _г.Магнитогорск,ул.Грязнова 30
1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание _____ этажей, _____ кв.м
- часть здания _____ этажей (или на ___1_____ этаже), ____421.9_____ кв.м
- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); _____542.7_____ кв.м
1.4. Год постройки здания _1968_г._____, последнего капитального ремонта _____
1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего __(был в 2008)_2017_____, капитального* _____
1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) ____Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная психогневрологическая больница №5»
1.7. Юридический адрес организации (учреждения) _455048 г.Магнитогорск,ул.Рабочая 53.

2. Характеристика деятельности организации на объекте

Дополнительная информация –оказание медицинских услуг

3. Состояние доступности объекта

3.1 Путь следования к объекту пассажирским транспортом
(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)
наличие адаптированного пассажирского транспорта к объекту
трамвай №_18,21,19,маршрутное такси54,53,50,39,31а,21,48,55,32,51,24 (до остановки Коробова)

3.2 Путь к объекту от ближайшей остановки пассажирского транспорта:

3.2.1 расстояние до объекта от остановки транспорта _____100_____ м
3.2.2 время движения (пешком) _____2_-5_____ мин
3.2.3 наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути (*да,* **),**
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**_____нет**
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**	ДУ
	в том числе инвалиды:	
2	передвигающиеся на креслах-колясках	ДУ
3	с нарушениями опорно-двигательного аппарата	ДУ
4	с нарушениями зрения	ДУ
5	с нарушениями слуха	ДУ
6	с нарушениями умственного развития	ДУ.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-У		
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	ДП-У		
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	ДУ		
5	Санитарно-гигиенические помещения	ДП-У		
6	Система информации и связи (на всех зонах)	ДП-У		
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	ДП-В		

3.5 Итоговое заключение о состоянии доступности ОСИ: доступно полностью.

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)	Не нуждается
2	Вход (входы) в здание	Не нуждается
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	Не нуждается
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	Не нуждается
5	Санитарно-гигиенические помещения	Установка поручней
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	организация альтернативной формы обслуживания
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	Не нуждается
8.	**Все зоны и участки**	Не нуждается

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

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 _____
Оценка результата исполнения программы, плана (по состоянию доступности) _____

4.4. Для принятия решения требуется, не требуется *(нужное подчеркнуть):*
4.4.1. согласование на Комиссии _____
(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 _____

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

4.7. Информация может быть размещена (обновлена) на Карте доступности субъекта РФ **opnb5-74.ru**
_____
(наименование сайта, портала)

5. Особые отметки

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Результаты обследования:
1. Территории, прилегающей к объекту на ____1_____ л.
2. Входа (входов) в здание на _____1_ л.
3. Путей движения в здании на _____1_ л.
4. Зоны целевого назначения объекта на ____ 1____ л.
5. Санитарно-гигиенических помещений на _____1____ л.
6. Системы информации (и связи) на объекте на _____1____ л.

Результаты фотофиксации на объекте _____ на _____6____ л.
Поэтажные планы, паспорт БТИ _____ на _____4__ л.
Другое (в том числе дополнительная информация о путях движения к объекту)
_____
_____

Руководитель
рабочей группы ___Главный врач ГБУЗ ОПНБ№5 Стольникова Ю.Н.

Члены рабочей группы:

___Зам.гл.врача по хоз.вопросам Рукавишникова М.Н.

___инженер Юрин А.В.

В том числе:

представители общественных
организаций инвалидов
_____ _____
(Должность, Ф.И.О.)
(Подпись)
_____ _____
(Должность, Ф.И.О.)
(Подпись)

представители организации, Главный врач ГБУЗ «ОПНБ№5» Стольникова Ю.Н.

расположенной на объекте
Зам.гл. врача по хоз. вопросам Рукавишникова М.Н.

Управленческое решение согласовано «____» _____ 20___ г. (протокол №_____)
Комиссией (название)._____
_____
_____

Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № ___13__ от «__30_» ___июля 2020__ г.

I Результаты обследования:

1. Территории, прилегающей к зданию (участка)
Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30
Наименование объекта, адрес

№ п/п	**Наименование функционально-планировочного элемента**	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объектов**	
		есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
1.1	Вход (входы) на территорию	есть			Замечаний нет	ДЧ-И(У.К,О		
1.2	Путь (пути) движения на территории	есть			Замечаний нет	ДЧ И(У.К,О		
1.3	Лестница (наружная)	нет						
1.4	Пандус (наружный)	нет						
1.5	Автостоянка и парковка	есть			Установить знак	ДП-И (У.К,О)		
	ОБЩИЕ требования к зоне							

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Территории,прилегающей к зданию	ДЧ И (У.К,ГО)	№75,81	№75,81	Установить знак

* 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

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

Комментарий к заключению:доступно полностью избирательно для инвалидов с нарушением умственного Развития,инвалидам передвигающим на колясках, инвалидам с нарушением опорно-двигательно аппарата.

Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № ____13__ от «__30_» ___июля 20_20_ г.

I Результаты обследования:
2. Входа (входов) в здание

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30
Наименование объекта, адрес

№ п/п	Наименование функционально-планировочного элемента	Наличие элемента			Выявленные нарушения и замечания		Работы по адаптации объектов	
		есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
2.1	Лестница (наружная)	нет				-		
2.2	Пандус (наружный)	нет						
2.3	Входная площадка (перед дверью)	есть			Замечаний нет	- ДЧ(У,О, К)		
2.4	Дверь (входная)	есть			Замечаний нет	ДЧ(УО, ,К)		
2.5	Тамбур	есть			Замечаний нет	ДЧ(УО. ,К)		
	ОБЩИЕ требования к зоне							

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Вход(выход) в здание	ДЧ(У К,,О)			Не нуждается

* 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** – недоступн

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

Комментарий к заключению;:доступно частично условно инвалидам с нарушением умственного развития. , инвалидам передвигающим на креслах, инвалидам с нарушением опороно - двигательным аппаратом

Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № __13___ от «__30июня_» 2020г.

I Результаты обследования:
3. Пути (путей) движения внутри здания (в т.ч. путей эвакуации)

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30

№ п/п	**Наименование функционально-планировочного элемента**	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объектов**	
		есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
3.1	Коридор (вестибюль, зона ожидания, галерея, балкон)	есть			Замечаний нет	ДП-И(У,О,К		
3.2	Лестница (внутри здания)	нет			Замечаний нет	ДП-И(У,К,О		
3.3	Пандус (внутри здания)	нет						
3.4	Лифт пассажирский (или подъемник)	нет						
3.5	Дверь	есть			Не замечаний	ДП-И(У)		
3.6	Пути эвакуации (в т.ч. зоны безопасности)	есть		,	Нет замечаний	ДП-И(УК.О		
	ОБЩИЕ требования к зоне							

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Пути(путей)движения внутри здания (в т.ч путей эвакуации)	ДП-И(У,К,О)			Не нуждается

* 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

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

Комментарий к заключению : Доступно полностью избирательно инвалидам умственного развития,инвалидам передвигающиеся на креслах-колясках,инвалидам с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № __13___ от «__30июня_» 2020г.

I Результаты обследования:
4. Зоны целевого назначения здания (целевого посещения объекта)
Вариант I – зона обслуживания инвалидов
Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30

№ п/п	**Наименование функционально-планировочного элемента**	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объектов**	
		есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
4.1	Кабинетная форма обслуживания	есть			Замечаний нет	ДП-И(УО,К		
4.2	Зальная форма обслуживания	есть			Замечаний нет			
4.3	Прилавочная форма обслуживания	нет						
4.4	Форма обслуживания с перемещением по маршруту	есть			Установить указатели	ДП-И(УК,О		
4.5	Кабина индивидуального обслуживания	нет						
	ОБЩИЕ требования к зоне							

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	ДП-И(У,О,К)			альтернативной формы обслуживания

* 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

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

Комментарий к заключению:доступно полностью избирательно инвалидам с нарушением умственного развития, инвалидам передвигающиеся на креслах-колясках, инвалидам с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № 4 от «__30_» _июня_____ 2020___ г.

I Результаты обследования:

4. Зоны целевого назначения здания (целевого посещения объекта)

Вариант II – места приложения труда

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30

Наименование функционально-планировочного элемента	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объектов**	
	есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
Место приложения труда	нет-	-	-				

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Зоны целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	-	-	-	

* 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

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

Комментарий заключению:_____

Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № ____13__ от «_30__» __июля_ 2020_ г.

I Результаты обследования:

4. Зоны целевого назначения здания (целевого посещения объекта)

Вариант III – жилые помещения

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30

Наименование функционально-планировочного элемента	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объектов**	
	есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
Жилые помещения	нет						

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Жилые помещения (палаты)				

* 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

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

Комментарий к заключению:

к Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № __13__ от «__30 июля_» 2020г.

I Результаты обследования:
5. Санитарно-гигиенических помещений

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30
Наименование объекта, адрес

№ п/п	**Наименование функционально-планировочного элемента**	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объектов**	
		есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
5.1	Туалетная комната	есть			Установка поручней	ДП-И(У)		
5.2	Душевая/ ванная комната	нет						
5.3	Бытовая комната (гардеробная)	нет						
	ОБЩИЕ требования к зоне							

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Санитарно-гигиенические помещения	ДП-И(У)	№79	№79	Установка поручней

* 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

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

Комментарий заключению: доступно полностью избирательно инвалидам с нарушением умственного развития

Приложение 6
к Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № ___13_ от «___30 июля» 2020 г.

I Результаты обследования:
6. Системы информации на объекте

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск ул.Грязнова 30
Наименование объекта, адрес

№ п/п	**Наименование функционально-планировочного элемента**	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объектов**	
		есть/ нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (катего-рия)	Содержание	Виды работ
6.1	Визуальные средства	нет			установить		альтернативной формы обслуживания	
6.2	Акустические средства	Нет			установить		альтернативной формы обслуживания	
6.3	Тактильные средства	есть			Замечаний нет	ДП-И(У,С,К,Г)		
	ОБЩИЕ требования к зоне							

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	**Состояние доступности*** (к пункту 3.4 Акта обследования ОСИ)	Приложение		**Рекомендации по адаптации** (вид работы)** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Система Информации на объекте	ДП-И(У,С,К,Г)	№50	№50	альтернативной формы обслуживания

* 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

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

Комментарий заключению: доступно избирательно инвалидам с нарушением умственного развития, с нарушением слуха, инвалидам передвигающим на креслах-колясках, инвалидам с нарушением опорно-двигательного аппарата