УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач

ГБУЗ «ОПНБ№5»
_____Ю.Н.Стольникова
«_24___» __июля_ 2020г.

ПАСПОРТ ДОСТУПНОСТИ
объекта социальной инфраструктуры (ОСИ)
№ 12

1. Общие сведения об объекте

1.1Наименование(вид)объекта- объект здравоохранения
1.2.Адрес объекта __-455048_г.Магнитогорск, пр.Ленина 136
1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание _____ этажей, _____ кв.м
- часть здания _____ этажей (или на ____1_____ этаже), _231_____ кв.м
- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); ___337__ кв.м
1.4. Год постройки здания _____1989г.____, последнего капитального ремонта _____
1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего _2020_____, 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 детей***
2.6 Плановая мощность: посещаемость (количество обслуживаемых в день), вместимость, пропускная способность _____10-20 человек___
2.7 Участие в исполнении ИПР 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)
Маршрутное такси 50,10,46,48 (до остановки «Еврапейский)
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 _____300_____ м
3.2.2 время движения (пешком) _____2_____ 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* (_____)

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-В,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 частично

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)	пандус
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	Не нуждается
5	Санитарно-гигиенические помещения	Не нуждается
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	установить
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 формы обслуживания

4.2. Период проведения работ установка пандуса согласно плана работ на 2021г.
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):*
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 ____12_____ от «___30_» _____июля_____ 2020 г.

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

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ «ОПНБ3№5»
_____Стольникова Ю.Н.
«_30» июля____ 2020_г.

АНКЕТА
(информация об объекте социальной инфраструктуры)
К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ
№ 12

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта ____Объект здравоохранения
1.2. Адрес объекта _____Магнитогорск пр.Ленина 136
1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание _____ этажей, _____ кв.м.
- часть здания _____ этажей (или на ____1_____ этаже), ____231__ кв.м.
1.4. Год постройки здания _____1989__, последнего капитального ремонта __.
1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: текущего _на 2015_2020_____, 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)
Маршрушное такси 50,10,46,48 до остановки «Европейский»
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 _____300_____ м
3.2.2 время движения (пешком) _____2_-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**_____нет__**
Их обустройство для инвалидов на коляске: *да, 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)	Нуждается(пандус)
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
№ 12

_г.МАгнитогорск «___24_» __июля__20___ г.

Наименование территориального
образования субъекта РФ

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта __-Объект здравоохранения
1.2. Адрес объекта _г.Магнитогорск, пр Ленина 136
1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание _____ этажей, _____ кв.м
- часть здания _____ этажей (или на ___1_____ этаже), ____231____ кв.м
- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); _____337_____ кв.м
1.4. Год постройки здания _1989_г._____, последнего капитального ремонта _____
1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего __2015_2020_____, 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
маршрутное такси 50,10,46;48

3.2 Путь к объекту от ближайшей остановки пассажирского транспорта:

3.2.1 расстояние до объекта от остановки транспорта _____300_____ м
3.2.2 время движения (пешком) _____2_-10_____ 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* (_____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 инвалидам с нарушением умственного развития.

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)	пандус
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	Не нуждается
5	Санитарно-гигиенические помещения	организация альтернативной формы обслуживания
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 **opmb5-74.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 _____5____ л.
Поэтажные планы, паспорт БТИ _____ на _____6__ 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 Предеена Е.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.
(Должность, Ф.И.О.) (подпись)

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

I Результаты обследования:
1. Территории, прилегающей к зданию (участка)
Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск пр Ленина 136
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-В		
1.2	Путь (пути) движения на территории	есть			Замечаний нет	ДЧ-В		
1.3	Лестница (наружная)	нет				ДЧ-В		
1.4	Пандус (наружный)	нет				ДЧ-В		
1.5	Автостоянка и парковка	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	
Территории,прилегающей к зданию	ДЧ И(У)			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

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

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск пр.Ленина 136
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)	Содержа ние	Виды работ
2.1	Лестница (наружная)	нет						
2.2	Пандус (наружный)	нет						
2.3	Входная площадка (перед дверью)	есть			Замечаний нет	-ДЧ-В		
2.4	Дверь (входная)	есть			Замечаний нет	ДЧ-В		
2.5	Тамбур	есть			Замечаний нет	ДЧ-в		
	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-В			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 всем

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

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск пр Ленина 136

№ 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-В		
3.2	Лестница (внутри здания)	есть			Установка пандуса	ДП-И(У)	альтернативной формы обслуживания	
3.3	Пандус (внутри здания)	нет					альтернативной формы обслуживания	
3.4	Лифт пассажирский (или подъемник)	нет						
3.5	Дверь	есть				ДП-И(У)		
3.6	Пути эвакуации (в т.ч. зоны безопасности)	есть			Нет замечаний	ДП-И(У)		
	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)			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 умственного развития

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

№ 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	ДУ	альтернативной формы обслуживания	
4.2	Зальная форма обслуживания	да			Замечаний нет	ДУ	альтернативной формы обслуживания	
4.3	Прилавочная форма обслуживания	нет						
4.4	Форма обслуживания с перемещением по маршруту	есть			установить	ДУ	альтернативной формы обслуживания	
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)	ДУ			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 условно

Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № 12 от «__30_» _июня_____ 2020г.

I Результаты обследования:

4. Зоны целевого назначения здания (целевого посещения объекта)
Вариант II – места приложения труда
Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск пр. Ленина 136

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

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 №12_ от «_30__» __июля__2020г.

I Результаты обследования:

4. Зоны целевого назначения здания (целевого посещения объекта)
Вариант III – жилые помещения
Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск пр. Ленина 136

Наименование функционально-планировочного элемента	Наличие элемента			**Выявленные нарушения и замечания**		**Работы по адаптации объекто**	
	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) – доступности 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 № __12__ от «__30 июля_» 2020г.

I Результаты обследования:
5. Санитарно-гигиенических помещений

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск пр Ленина 136
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	Вид раб
5.1	Туалетная комната	есть			Установка поручней	ДУ	альтернативной формы обслуживания	
5.2	Душевая/ ванная комната	нет						
5.3	Бытовая комната (гардеробная)	есть			Замечаний нет	ДП-В		
	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)	№66	№66	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 заключению: доступно частично

Приложение 6
к Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № ___12_ от «___30 июля» 2020 г.

I Результаты обследования:
6. Системы информации на объекте

Объект здравоохранения 455048 Г.Магнитогорск пр Ленина 136
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	Вид раб
6.1	Визуальные средства	нет			установить	ДУ	альтернативной формы обслуживания	
6.2	Акустические средства	Нет			установить	ДУ	альтернативной формы обслуживания	
6.3	Тактильные средства	есть			Замечаний нет	ДП-И(У,С,К,Г)	альтернативной формы обслуживания	
	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)			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 условно