Приложение А.3

УТВЕРЖДАЮ

Директор КГБУСО КСРЦ «Надежда»

Суслов В.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«26» июля 2018 г.

**АНКЕТА**

**(информация об объекте социальной инфраструктуры)**

**К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Общие сведения об объекте**

1.1. Наименование (вид) объекта: учреждение социального обслуживания

1.2. Адрес объекта \_***Алтайский край г.Бийск переулок Мартьянова 53/1***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Сведения о размещении объекта:

- отдельно стоящее здание \_\_\_***2****\_*\_\_ этажа, ***3 028 кв.м*., *овощехранилище, гараж***

- часть здания \_\_\_\_(или на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ этаже), \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв.м.

1.4. Год постройки здания: ***1979*,**

последнего капитального ремонта не проводился

1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: текущего \_***2018***\_, капитального ***\_не планируется***\_

**Сведения об организации, расположенной на объекте**

1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) ***Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних «Надежда»***

1.7. Юридический адрес организации (учреждения) *г****. Бийск, пер. Мартьянова д. 53/1***

1.8. Основание для пользования объектом: ***оперативное управление***

1.9. Форма собственности (***государственная****,* негосударственная):

1.10. Территориальная принадлежность (федеральная, ***региональная****,* муниципальная*)*

1.11. Вышестоящая организация (наименование) ***Министерство труда и социальной защиты Алтайского края***

1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты ***Алтайский край г.Барнаул, улица Партизанская, 69*\_**

**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

\_***социальная защита***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2 Виды оказываемых услуг: ***социально – бытовые, социально - медицинские, социально – психологические, социально – педагогические, социально – трудовые, социально – правовые*.**

2.3 Форма оказания услуг: ***с длительным пребыванием и проживанием.***

2.4 Категории обслуживаемого населения по возрасту: ***дети***

2.5 Категории обслуживаемых инвалидов: инвалиды, передвигающиеся на коляске, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата; нарушениями зрения, нарушениями слуха, нарушениями умственного развития ***нет***

2.6 Плановая мощность: посещаемость (количество обслуживаемых в день), вместимость, ***пропускная способность*** \_***31***

2.7 Участие в исполнении ИПР инвалида, ребенка-инвалида (да, нет) ***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)

***От вокзала автобус № 46, автобус № 77, остановка «Детская поликлиника****»* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наличие адаптированного пассажирского транспорта к объекту *остановка автобуса рядом*\_

**3.2 Путь к объекту от ближайшей остановки пассажирского транспорта:**

3.2.1 расстояние до объекта от остановки транспорта ***сто\_\_ м***

3.2.2 время движения (пешком) ***две*\_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** |  |
|  | *в том числе инвалиды:* |  |
| 2 | передвигающиеся на креслах-колясках | ***ВНД*** |
| 3 | с нарушениями опорно-двигательного аппарата | ***ДУ*** |
| 4 | с нарушениями зрения | ***ДУ*** |
| 5 | с нарушениями слуха | ***ДУ*** |
| 6 | с нарушениями умственного развития | ***ДУ*** |

\* - 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 | ***Текущий ремонт*** |
| 3 | Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации) | ***Текущий ремонт*** |
| 4 | Зона целевого назначения (целевого посещения объекта) | ***Текущий ремонт*** |
| 5 | Санитарно-гигиенические помещения | ***Текущий ремонт*** |
| 6 | Система информации на объекте (на всех зонах) | ***Индивидуальное решение*** |
| 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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Зам. директора по ВиРР Нина Михайловна.Чепурнова тел. 43-53-25*\_\_\_\_\_**

*(подпись, Ф.И.О., должность; координаты для связи уполномоченного представителя объекта)*

***Заведующая хозяйством Ященко Лидия Леонидовна тел. 43-53-24***