



Утверждаю.
Директор МБОУ ДОД СЮН
И.В.Вахрушева
(подпись) (расшифровка подписи)
20 14 г.

ПАСПОРТ

доступности объекта учреждений для людей с инвалидностью

№ 386

1. Полное юридическое наименование объекта: *Муниципальное бюджетное образовательное учреждение дополнительного образования детей Станция юных натуралистов*
2. Фактический адрес:
индекс *169840*
город *Инта*
район
населенный пункт
улица *Мира* дом *14а* корпус *строение 2*
3. Телефон *(82145) 6 - 30 - 34*
4. Электронная почта *mou_dod_cyun@mail.ru*
5. Размещение объекта (*нужное выбрать*):
 - Часть здания.
 - Отдельно стоящее здание.*
6. Этажность (на каком этаже находится) *одноэтажное*
7. Площадь, кв. м. *489,6*
8. Год постройки здания *1966*
9. Год последнего капитального ремонта ----
10. Дата планового ремонта (текущего) *октябрь, 2014*
11. Дата планового ремонта (капитального) -----
12. Основание для пользования объектом (*нужное выбрать*):
 - Аренда.
 - Оперативное управление.*
 - Собственность.

1. Форма собственности (*нужное выбрать*):
 - Государственная.**
 - Негосударственная.
2. Территориальная принадлежность (*нужное выбрать*):
 - Муниципальная.**
 - Региональная.
 - Федеральная.
3. Наименование вышестоящей организации **Отдел образование муниципального образования городской округ «Инта»**
4. Адрес и телефон вышестоящей организации **169840, Республика Коми, г. Инта, ул. Горького, 21а (82145) 6 – 20 – 08**
5. Категории обслуживаемого населения по возрасту (*нужное выбрать*):
 - Все возрастные категории.
 - Пожилые.
 - Взрослые трудоспособного возраста.
 - Дети.**
6. Виды предоставляемых услуг **дополнительное образования по образовательным программам «Иппотерапия», «Кролиководство»**
7. Категории обслуживаемых инвалидов (*нужное выбрать*):
 - Инвалиды по слуху.
 - Инвалиды с патологией опорно-двигательного аппарата.**
 - Инвалиды с умственной отсталостью.**
 - Инвалиды на коляске.
 - Инвалиды по зрению.
8. Форма оказания услуг (*нужное выбрать*):
 - С проживанием, на дому.
 - С длительным пребыванием.
 - На объекте.**
 - Дистанционно.
9. Плановая мощность (количество обслуживаемых в день) **18 человек в день**
10. Участие в исполнении индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалида (*нужное выбрать*):
 - Да.**
 - Нет.
11. Путь следования к объекту пассажирским транспортом **автобус № 3, 101, 5**
12. Расстояние до объекта от остановки транспорта, м. **250 метров от остановки «Интинский политехнический техникум»**
13. Время движения (пешком) до остановки, мин. **5 – 6 минут**

14. Наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути *(нужное выбрать)*:

- Да.
 Нет.

15. Наличие перекрестков *(нужное выбрать)*:

- Таймером.
 Регулируемые.
 Со звуковой сигнализацией.
 Нет.

16. Перепады высоты на пути *(описание) нет*

1. Доступность элементов объекта социального обслуживания для различных категорий людей с инвалидностью *(нужное отметить знаком «×»)*

Таблицу заполнять на каждый элемент здания

| Наименование элементов общественного здания | Фактическая доступность для инвалидов следующих категорий | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|------------------------------|---|
| | на кресле-коляске (К) | с поражением опорно-двигательного аппарата (О) | с инвалидностью по зрению (С) | с инвалидностью по слуху (Г) | с особенностями психического развития (У) |
| Входная группа | | X | | X | X |
| Пути движения | | | | X | X |
| Зона обслуживания | | | | X | X |
| Санитарно-бытовые помещения | | | | X | X |
| Средства информации и телекоммуникации | | X | | X | X |
| Территория объекта | X | X | X | x | x |

2. Заключение о доступности для инвалидов объекта социального обслуживания *(нужное отметить знаком «×»)*

| Степень доступности общественного здания | Фактическая доступность для инвалидов следующих категорий | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | К | О | С | Г | У |
| Объект полностью доступен | | | | | X |
| Объект частично доступен | | | | X | |
| Объект условно доступен | | X | X | | |
| Объект не доступен, требуется адаптация | X | | | | |

Паспорт составлен на основе анкеты № 386 от « 21 » июня 20 14 г.

Дата составления паспорта « 21 » июня 20 14 г.

Руководитель рабочей группы по обследованию объекта

(подпись) М.М. Шунина
(ФИО)

Представитель общественной организации инвалидов

(подпись) _____
(ФИО)

Представитель архитектурно-строительной организации

(подпись) _____
(ФИО)

Представитель Администрации

(подпись) _____
(ФИО)

Представитель балансодержателя

(подпись) _____
(ФИО)