УТВЕРЖДАЮ:_____

Начальник департамента

социальной политики
администрации

города Перми

Е.В.Бербер

“30” мая 2016 г.

ПАСПОРТ ДОСТУПНОСТИ
объекта социальной инфраструктуры (ОСИ)
№ 2.2.145/2

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта **здание Детского сада**

1.2. Адрес объекта **614014, г.Пермь, Красногвардейская, д. 42**

1.3. Сведения о размещении объекта:

- отдельно стоящее здание **3-4** этажей, **4428,2** кв. м
- часть здания **-** этажей (или на **-** этаже), **-** кв. м
- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); **нет** кв. м

1.4. Год постройки здания **2015**, последнего капитального ремонта _____

1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего* **-**, *капитального* **-**

сведения об организации, расположенной на объекте

1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) **Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 413» г.Перми (МАДОУ «Детский сад № 413» г.Перми**

1.7. Юридический адрес организации (учреждения) **614014, г.Пермь, ул.Постаногова, д. 4**

1.8. Основание для пользования объектом (оперативное управление, аренда, собственность) **оперативное управление**

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

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

1.11. Вышестоящая организация (*наименование*) **Департамент образования администрации города Перми**

1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты **614000, г.Пермь, ул.Сибирская, д. 17**

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)* **образование**

2.2. Виды оказываемых услуг **дошкольное образование**

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) – **(дети 3-7 лет)**

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 **270**

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

3. Состояние доступности объекта

3.1. Путь следования к объекту пассажирским транспортом

(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)

До остановки «1905г.»: Автобус № 16,18,36,38,77 Трамвай № 4,6,8,11,

наличие адаптированного пассажирского транспорта к объекту_____

3.2. Путь к объекту от ближайшей остановки пассажирского транспорта:

3.2.1. расстояние до объекта от остановки транспорта **более 1800** м

3.2.2. время движения (пешком) **26** мин.

3.2.3. наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути (*да, **частично***)

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 **подъем в угор**)

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	
	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

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

	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:
ВНД – временно недоступно

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	не нуждается
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	не нуждается
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 _____
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)*:

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

нет

4.5. Информация размещена (обновлена) на Карте доступности субъекта Российской Федерации дата -

(наименование сайта, портала)

5. Особые отметки

Паспорт сформирован на основании:

1. Анкеты (информации об объекте) от " 25 " февраля 2016 г.

2. Акта обследования объекта: № акта _____
от " 25 " февраля 2016 г.

3. Решения Комиссии _____
от " 25 " февраля 2016 г.

Приложение А.3

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий МАДОУ
«Детский сад №413»
И.Н.Петерс

“ ___ ” _____ 20 ___ г.

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

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта **здание Детского сада**
1.2. Адрес объекта **614014, г.Пермь, Красногвардейская, д. 42**
1.3. Сведения о размещении объекта:
- отдельно стоящее здание **3-4** этажей, **4428,2** кв. м
- часть здания _____ этажей (или на _____ этаже), _____ кв. м
1.4. Год постройки здания **2015**, последнего капитального ремонта _____
1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: текущего _____, капитального _____

сведения об организации, расположенной на объекте

1.6. Название организации (учреждения) (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) **Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 413» г.Перми (МАДОУ «Детский сад № 413» г.Перми**
1.7. Юридический адрес организации (учреждения) **614014, г.Пермь, ул.Постаногова, д. 4**
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) **Департамент образования администрации города Перми**

1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты **614000, г.Пермь, ул.Сибирская, д. 17**

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)

2.2. Виды оказываемых услуг **дошкольное образование**

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 3-7 лет**, 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 **нет**

2.6. Плановая мощность: посещаемость (количество обслуживаемых в день), вместимость, пропускная способность **270**

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 тр-анспорта)

До остановки «1905г.»: Автобус № 16,18,36,38,77 Трамвай № 4,6,8,11

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 **1800** м

3.2.2. время движения (пешком) **26** 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 **подъем в гору**)

Их обустройство для инвалидов на коляске: *да,* ***нет***

3.3. Вариант организации доступности ОСИ (формы обслуживания)* с учетом СП 59.13330.2012

№ 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	ДУ
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	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	не нуждается
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	не нуждается
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.

Размещение информации на Карте доступности субъекта Российской Федерации согласовано
Завхоз Е.В.Казаринова _____

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

Приложение А.4

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий МАДОУ
«Детский сад №413»
И.Н.Петерс
_____
“ ___ ” _____ 20___ г.

АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ
объекта социальной инфраструктуры
К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ
№ _____

_____ “ 16 ” февраля 20___ г.

Наименование территориального образования субъекта Российской Федерации

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта **здание Детского сада**

1.2. Адрес объекта **614014, г.Пермь, Красногвардейская, д. 42**

1.3. Сведения о размещении объекта
- отдельно стоящее здание **3-4** этажей, **4428,2** кв. м
- часть здания _____ этажей (или на _____ этаже), _____ кв. м
- наличие прилегающего земельного участка (**да**, нет); **5979** кв. м

1.4. Год постройки здания **2015**, последнего капитального ремонта _____

1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: *текущего* _____, *капитального* _____

1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) **Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 413» г.Перми (МАДОУ «Детский сад № 413» г.Перми**

1.7. Юридический адрес организации (учреждения) **614014, г.Пермь, ул.Постаногова, д. 4** _____

2. Характеристика деятельности организации на объекте

Дополнительная информация _____

3. Состояние доступности объекта

3.1. Путь следования к объекту пассажирским транспортом
(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)
До остановки «1905г.»: Автобус № 16,18,36,38,77
Трамвай:4,6,8,11
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 **1800** м
3.2.2. время движения (пешком) **26** 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 **подъем в гору)**
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	
	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

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

** 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.

3.5. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии доступности ОСИ:

Доступность частично избирательна ,временно недоступна, условно доступна

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	не нуждается
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	не нуждается
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 _____

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 Российской Федерации _____

_____

(наименование сайта, портала)

5. Особые отметки

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Результаты обследования:

1. Территории, прилегающей к объекту	на	8	л.
2. Входа (входов) в здание	на	12	л.
3. Путей движения в здании	на	15	л.
4. Зоны целевого назначения объекта	на	7	л.
5. Санитарно-гигиенических помещений	на	4	л.
6. Системы информации (и связи) на объекте	на	7	л.

Результаты фотофиксации на объекте _____	на	37	л.
Поэтажные планы, паспорт БТИ _____	на	24	л.

Другое (в том числе дополнительная информация о путях движения к объекту) _____

_____

_____

_____

Руководитель
рабочей группы Заведующий И.Н.Петерс _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)

Члены рабочей группы Завхоз Е.В.Казаринова _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)
ст.воспитатель И.А.Чащюхина _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)

В том числе:

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

представители организации,
расположенной на объекте Заведующий И.Н.Петерс _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)
Завхоз Е.В.Казаринова _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)

Управленческое решение согласовано "___" _____ 20___ г.
(протокол № _____)
Комиссией (название) _____.