УТВЕРЖДЕН

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование, реквизиты организационно-

 распорядительного документа)

 ПЕРЕЧЕНЬ

 мер для обеспечения доступа инвалидов к месту предоставления услуг

 на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктур,

 находящемся в государственной собственности Свердловской области,

 который невозможно полностью приспособить с учетом потребностей

 инвалидов до его реконструкции или капитального ремонта

 1. Полное наименование исполнительного органа государственной власти

Свердловской области или подведомственного ему органа или организации,

предоставляющего услуги населению (далее - орган или организация):

ГАУЗ СО «Камышловская ЦРБ»

 2. Юридический адрес органа или организации, телефон, e-mail:

624860, Свердловская область, г. Камышлов, ул. Фарфористов, 3,

34375)2-34-25, khlrb-public@mis66.ru

 3. Сфера деятельности органа или организации:

деятельность медицинских организаций

 4. Сведения об объекте социальной, инженерной и транспортной

инфраструктур (далее - объект социальной инфраструктуры):

хирургическое отделение

 5. Адрес объекта социальной инфраструктуры: Свердловская область, г.Камышлов, ул. Фарфористов, д. 3

 6. Основание для пользования объектом социальной инфраструктуры

(хозяйственное ведение, оперативное управление): оперативное управление

 7. Реквизиты паспорта доступности объекта социальной инфраструктуры

Свердловской области (N, дата составления): № 6 от 20.08.2015г.

 8. Состояние доступности объекта социальной инфраструктуры (согласно

пункту 3.5 паспорта доступности объекта социальной инфраструктуры

Свердловской области): полностью не доступен

 9. Категории обслуживаемого населения по возрасту (дети, взрослые

трудоспособного возраста, пожилые; все возрастные категории): все возрастные категории

 10. Категории обслуживаемых инвалидов (К - инвалиды, передвигающиеся на

креслах-колясках; О - инвалиды с другими нарушениями опорно-двигательного

аппарата; С - инвалиды с нарушением зрения; Г - инвалиды с нарушением

слуха; У - инвалиды с умственными нарушениями): К, О, С, Г, У

 11. Меры для обеспечения доступа инвалидов к месту предоставления

услуг.

 В связи с необходимостью обеспечения доступности для инвалидов мест

предоставления услуг в (наименование органа или организации, адрес объекта)

и учитывая, что до проведения капитального ремонта и реконструкции объекта

социальной инфраструктуры, являющегося в настоящее время (указывается

состояние доступности) для инвалидов, в соответствии со статьей 15

Федерального закона от 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ "О социальной защите

инвалидов в Российской Федерации" и пунктом 2 статьи 8 Закона

Свердловской области от 19 декабря 2016 года N 148-ОЗ "О социальной защите

инвалидов в Свердловской области" согласовываются следующие меры для

обеспечения доступа инвалидов к месту предоставления услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Категория обслуживаемых инвалидов, для которых разработаны мероприятия (К, О, С, Г, У) | Наименование структурно-функциональной зоны объекта социальной инфраструктуры, не отвечающей требованиям доступности для данной категории обслуживаемых инвалидов | Наименование мероприятия по обеспечению доступности структурно-функциональной зоны объекта социальной инфраструктуры |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

 12. Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОГЛАСОВАН (наименование общественного объединения инвалидов)

М.П.

(наименование должности руководителя

общественного объединения инвалидов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)

 (подпись)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года