

# Zespół Opieki Zdrowotnej w Pińczowie

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UL. ARMII KRAJOWEJ 22, 28-400 Pińczów

tel.cent./041/3573031 (do 34), tel.sekr./041/3573039 tel.fax./041/3572491, NIP 662-15-18-570, REGON 000304289

Załącznik  
do Zarządzenia Nr 26/2019  
z dnia 31.12.019r

## PROCEDURA

### OBSŁUGI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZOZ W PIŃCZOWIE

#### § 1. WSTĘP

1. ZOZ w Pińczowie, zwany dalej „Instytucją”, zapewnia obsługę osób niepełnosprawnych. Za osobę niepełnosprawną uznaje się osobę, której stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych.
2. Procedura określa sposób postępowania pracowników Instytucji w stosunku do osób niepełnosprawnych.

#### § 2. UDOGODNIENIA ARCHITEKTONICZNE

1. Wejścia do budynków ZOZ w Pińczowie są przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w szczególności dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich.
2. Wyznaczony pracownik ZOZ w Pińczowie, udziela klientowi pomocy w załatwieniu sprawy.
3. Wyznaczam pracowników do obsługi osób niepełnosprawnych dla następujących lokalizacji budynków ZOZ w Pińczowie:
  - a) ulica Armii Krajowej 22, Pińczów – pracownicy portierni ZOZ w Pińczowie.

#### § 3. ETAPY OBSŁUGI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. W celu ustalenia charakteru załatwianej sprawy wyznaczony pracownik ZOZ w Pińczowie przeprowadza wstępną rozmowę z klientem.
2. Po ustaleniu przedmiotu sprawy pracownik, o którym mowa w ust. 1, informuje pracownika komórki organizacyjnej lub na samodzielnym stanowisku pracy właściwego rzeczowo do rozpatrzenia sprawy o konieczności obsłużenia osoby niepełnosprawnej bez zbędnej zwłoki.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych, a w przypadku samodzielnych stanowisk pracy Dyrektor jednostki, wyznaczają spośród podległych im pracowników osobę, która udziela osobie niepełnosprawnej pomocy w dotarciu do miejsca obsługi, w razie takiej konieczności udaje się do niepełnosprawnego klienta i realizuje sprawę na parterze budynku, a po zakończonej obsłudze pomaga w opuszczeniu budynku ZOZ w Pińczowie.

#### § 4. OBSŁUGA OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH TRUDNOŚCI W KOMUNIKOWANIU SIĘ

1. Osoby doświadczające trudności w komunikowaniu się mogą zrealizować sprawę w ZOZ w Pińczowie przy pomocy osoby przybranej, którą może być każda osoba fizyczna, która ukończyła 16 rok życia i została wybrana przez osobę uprawnioną.
2. Zadaniem osoby przybranej ma być pomoc w załatwieniu spraw w ZOZ w Pińczowie. Osoba przybrana nie jest zobowiązana do przedstawienia dokumentów potwierdzających znajomość polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo - migowego (SJM) oraz sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
3. Z pomocy osoby przybranej osoba uprawniona nie może skorzystać w sytuacji, gdy wnioskowane dane są prawnie chronione ze względu na ochronę informacji niejawnych, a dostęp do nich przysługuje wyłącznie osobie uprawnionej.
4. ZOZ w Pińczowie zapewnia osobie uprawnionej pomoc osoby posługującej się językiem migowym.

# Zespół Opieki Zdrowotnej w Pińczowie

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UL. ARMII KRAJOWEJ 22, 28-400 Pińczów

tel.cent./041/3573031 (do 34), tel.sekr./041/3573039 tel.fax./041/3572491, NIP 662-15-18-570, REGON 000304289

## § 5. DOSTĘP DO ŚWIADCZENIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

1. ZOZ w Pińczowie umożliwia osobie uprawnionej dostęp do świadczenia usług tłumacza PJM (polski język migowy), SJM (system językowo-migowy), SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych).
2. Wniosek o zapewnienie tłumacza języka migowego udostępniony jest na stronie internetowej ZOZ w Pińczowie, załącznik nr 1 do niniejszej procedury.
3. W celu uzyskania świadczenia osoba uprawniona winna zgłosić taką potrzebę w dowolnej formie (np. pisemnie, za pomocą faxu, e-maila, telefonicznie, przy pomocy osoby trzeciej telefonicznie) ze wskazaniem wybranej metody komunikowania się, co najmniej na 3 dni robocze przed tym zdarzeniem, z wyłączeniem sytuacji nagłych.
4. Świadczenie jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), która zgłosi chęć skorzystania z tłumacza języka migowego.
5. Kontakt z ZOZ w Pińczowie możliwy jest za pośrednictwem następujących narzędzi komunikacji:
  - a) e-mail: sekretariat@szpitalpinczow.pl
  - b) fax: 413572491
  - c) tel. 413573031
  - d) pocztą tradycyjną na adres: ul. Armii Krajowej 22, 28-400 Pińczów
  - e) za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej poprzez Elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej ePUAP.

## § 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niezależnie od zapisów niniejszej procedury, każdy pracownik ZOZ w Pińczowie zobowiązany jest okazać osobie niepełnosprawnej wszelką pomoc.

**DYREKTOR**  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Pińczowie  
*Krzysztof Stolina*

# Zespół Opieki Zdrowotnej w Pińczowie

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UL. ARMII KRAJOWEJ 22, 28-400 Pińczów

tel.cent./041/3573031 (do 34), tel.sekr./041/3573039 tel.fax./041/3572491, NIP 662-15-18-570, REGON 000304289

Załącznik do Procedury

## ZGŁOSZENIE

### ZAMIARU KORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

- 1) imię i nazwisko: .....
- 2) adres zamieszkania: .....
- 3) adres e-mail lub numer faksu do kontaktu: .....
- 4) numer telefonu kontaktowego do osoby przybranej: .....
- 5) rodzaj orzeczenia o niepełnosprawności\*/właściwe podkreślić:
  - kwalifikujące przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki),
  - o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów,
  - wydane przed ukończeniem 16 roku życia.
- 6) cel wizyty i temat sprawy: .....  
.....  
.....
- 7) metoda komunikowania się\*/zaznaczyć właściwą/ za pośrednictwem tłumacza posługującego się:
  - PJM - polski język migowy,
  - SJM - system językowo migowy,
  - SKOGN - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych.
- 8) preferowany termin spotkania /data, godzina/:.....

Inne propozycje .....

#### **UWAGA!**

Warunkiem skorzystania z bezpłatnego świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGN jest okazanie oryginału orzeczenia, o którym mowa w pkt 5.

.....  
(data, podpis)

#### **ADNOTACJE ZOZ w Pińczowie:**

Miejsce spotkania /adres, nr pokoju: .....

Ustalony termin spotkania: .....

Usługę świadczyć będzie: .....

Uwagi: .....