

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «ОБ'ЄДНАНІ ЛЮБОВ'Ю ДО ДІТЕЙ»

ЄДРПОУ: 45179507

м. Херсон, Україна

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказом Голови Організації

№ 8 від «20» квітня 2026 року

Голова Організації

Костінюк І.В./

ВНУТРІШНЯ ПРОЦЕДУРА ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ БЕЗБАР'ЄРНОСТІ

Тип документа: Procedure (SOP)

Код документа: SOP-PRO-006

Версія: 1.0

Дата затвердження: 20.04.2026

Дата набрання чинності: 20.04.2026

Дата наступного перегляду: 20.04.2027

м. Херсон, 2026 рік

1. Загальні положення

1.1. Ця процедура визначає механізм впровадження, реалізації, моніторингу та оцінки Політики безбар'єрності (далі — *Політика*) в усіх напрямках діяльності організації.

1.2. Процедура є обов'язковою для всіх працівників, волонтерів, партнерів, підрядників та інших осіб залучених до роботи організації.

1.3. Завдання Процедури:

- забезпечити інтеграцію принципів безбар'єрності у роботу організації та системне їх застосування;
- стандартизувати практики персоналу;
- гарантувати відповідність міжнародним стандартам доступності та законодавству України;

2. Структура відповідальності

2.1. Керівництво організації:

- затверджує внутрішні документи (Політику та Процедуру);
- визначає відповідальну особу за впровадження і контроль реалізації;
- здійснює контроль за впровадженням у всіх підрозділах;
- планує та виділяє необхідні ресурси для впровадження (фінансові, кадрові, технічні).

2.2. Відповідальна особа / координатор з безбар'єрності та інклюзії:

Призначається наказом керівництва. Відповідає за:

- координацію впровадження Політики;
- проводить внутрішні консультації та навчання персоналу;
- здійснює моніторинг доступності та звітування;
- розробку планів покращення;
- збір скарг і пропозицій щодо доступності;
- забезпечує інтеграцію принципів безбар'єрності у всі проекти.

2.3. Працівники та волонтери:

- зобов'язані дотримуватися Політики у щоденній діяльності;
- проходять навчання для підвищення кваліфікації з питань безбар'єрності та інклюзії;
- проходять навчання та вивчають нові практики з дітьми з різними порушеннями;
- повідомляють про бар'єри або випадки дискримінації.
- Сприяють створенню безбар'єрного середовища.

2.4. Адміністративний та технічний персонал

- відповідає за стан приміщень, технічних умов, маркування та просторів;
- забезпечує доступність інформаційних матеріалів і цифрових сервісів.

Порушення Процедури та норм Політики розглядаються згідно з внутрішнім регламентом та можуть тягнути дисциплінарну відповідальність.

3. Етапи впровадження

3.1. Початкова оцінка

Протягом 30 днів після затвердження Політики та Процедури уповноважена особа від організації проводить первинний аналіз:

- фізичної доступності будівель та приміщень;
- інформаційної та цифрової доступності (шрифти, формати, мови, сайти, інтернет ресурси);

- процедур оформлення допомоги;
- кадрових практик (працевлаштування, участь осіб з інвалідністю);
- компетенції персоналу;
- доступності програм та послуг.

Результат: звіт з визначенням бар'єрів та пріоритетів їх усунення.

3.2. План впровадження

На основі оцінки формується річний **План дій**, який включає:

- конкретні заходи(покращення інфраструктури, зміни процедур, адаптації сервісів тощо);
- відповідальних осіб за виконання;
- строки виконання;
- індикатори результативності;
- бюджет та ресурси (за наявності).

План затверджує керівництво.

3.3. Адаптація внутрішніх процесів

Впроваджуються зміни у:

- HR-політики (інклюзивний найм);
- комунікації (простою мовою, альтернативні формати, доступні шрифти та спеціальні інструменти);
- організацію заходів (доступні локації, доступні санітарно-гігієнічні приміщення, доступні формати інформації, маркування, переклад жестовою мовою за потреби);
- закупівлі (врахування стандартів доступності);
- програмну діяльність (безбар'єрність послуг, індивідуальний підхід).

3.4. Інтеграція в проєктну діяльність

Всі проєкти Організації повинні містити:

- аналіз безбар'єрності, доступності та інклюзивності;
- опис розумних пристосувань;
- заходи забезпечення доступності локацій і комунікацій;
- моніторинг вразливих груп;
- відповідальну особу за питання безбар'єрності в межах проєкту.

Проєктні заявки розробляються відповідно до цих вимог.

3.5. Адаптація інформаційного середовища

Організація забезпечує:

- доступність вебсайту та цифрових інструментів (WCAG 2.1 AA, ДСТУ EN 301 549:2022);
- адаптовані друковані та інші інформаційні матеріали: великий шрифт, прості тексти, альтернативні формати;
- маркування в приміщеннях;
- доступні рекламні та інформаційні оголошення про послуги.

3.6. Навчання та підвищення обізнаності персоналу

Обов'язково проводяться:

- базові тренінги з питань інклюзії та безбар'єрності для всієї команди після затвердження Політики;
- спеціалізоване навчання для персоналу, що працює з вразливими групами (у тому числі з дітьми) та для менеджерів, HR, комунікаційників;
- регулярне щорічне оновлення та вдосконалення знань всіх працівників.

3.7. Впровадження у проєкти

Кожен проєкт має:

- враховувати принципи безбар'єрності на етапі планування;
- містити бюджет на заходи доступності (за потреби);
- включати індикатори інклюзії;
- забезпечувати участь осіб з інвалідністю.

4. Моніторинг та оцінка

Уповноважена особа регулярно проводить:

4.1. Моніторинг доступності на регулярній основі (щомісячно/ щоквартально/щорічно).

4.2. Використовуються такі інструменти:

- внутрішні чек-листи оцінки доступності;
- опитування бенефіціарів;
- зворотний зв'язок від осіб з інвалідністю;
- аналіз скарг.

4.3. Основні індикатори:

- рівень доступності заходів та інформаційних матеріалів;
- доступність локацій для проведення заходів;
- участь осіб з інвалідністю;
- рівень задоволеності бенефіціарів;
- щорічний аналіз виконання Плану впровадження.

5. Механізм зворотного зв'язку та скарг

5.1. Організація забезпечує доступні канали подання скарг:

- електронна пошта;
- онлайн-форма;
- телефон;
- письмово (за потреби — альтернативні формати);
- Усно або через відповідальну особу.

5.2. Скарги можуть подаватися анонімно.

5.3. Усі звернення:

- розглядаються конфіденційно;
- реєструються;
- опрацьовуються у визначені строки.

6. Звітність та вдосконалення

6.1. Відповідальна особа готує регулярні звіти:

- внутрішні (для керівництва);
- донорські (за вимогами партнерів).

6.2. Політика та процедура переглядаються раз на рік або:

- у разі змін законодавства;
- за результатами моніторингу у разі виявлення системних бар'єрів та некваліфікованого персоналу;

7. Прикінцеві положення

7.1. Процедура набирає чинності з моменту затвердження Політики та самої Процедури, або окремого Наказу керівництва.

7.2. Усі нові працівники обов'язково ознайомлюються з Процедурою та Політикою організації.

7.3. Усі структурні підрозділи зобов'язані адаптувати власні внутрішні інструкції відповідно до Процедури та Політики.

7.4. Недотримання процедури може розглядатися як порушення внутрішніх політик організації.