

[illegible]

OBJAŚNIENIA:

1. Kwestionariusz wywiadu wypełnia pracownik socjalny podczas przeprowadzania wywiadu.
2. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiegają się po raz pierwszy o przyznanie świadczenia, wypełnia część I kwestionariusza wywiadu.
3. W przypadku małżonka, zstępnych lub wstępnych, o których mowa w art. 103 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wypełnia się część II kwestionariusza wywiadu, a w przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających zawarcie kolejnej umowy wypełnia się część III kwestionariusza wywiadu.
4. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiegają się po raz kolejny o przyznanie świadczenia, a także gdy nastąpiła zmiana danych zawartych w części I wywiadu, wypełnia się część IV kwestionariusza wywiadu.
5. W przypadku osoby skierowanej do ośrodka wsparcia wywiad aktualizuje się, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.
6. W przypadku osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie lub pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie wypełnia część V kwestionariusza wywiadu.
7. W przypadku gdy cudzoziemiec ubiega się o świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie kosztów wydatków związanych z nauką języka polskiego, pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie wypełnia część VI kwestionariusza wywiadu.

pieczęć ośrodka pomocy społecznej lub zakładu leczniczego		KWESTIONARIUSZ RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO									
CZĘŚĆ I											
DOTYCZY OSÓB Ubiegających się o przyznanie świadczeń pomocy społecznej											
I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, DANE O RODZINIE											
1	Imię						3	Imiona rodziców			
2	Nazwisko										
4	Obywatelstwo										
5	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:				6	Nr PESEL:					
	Adres zamieszkania*		kod pocztowy:		miejscowość:						
			ulica:				nr domu		nr mieszkania		
			telefon:								
			symbol terytorialny:								
7	Dane opiekuna prawnego/kuratora**										
	Imię										
	Nazwisko										
	Obywatelstwo										
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:				Nr PESEL:						
8	Adres zamieszkania		kod pocztowy:		miejscowość:						
ulica:				nr domu:		nr mieszkania:					
telefon:											
symbol terytorialny:											
9	Przyczyny wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy albo udzielenia pomocy z urzędu:		1) ubóstwo 2) sieroctwo 3) bezdomność 4) bezrobocie 5) niepełnosprawność 6) długotrwała lub ciężka choroba 7) przemoc w rodzinie 8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi 9) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności				10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: a) rodzina niepełna b) rodzina wielodzietna 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą 12) trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego 13) alkoholizm lub narkomania 14) sytuacja kryzysowa 15) klęska ekologiczna				
10	Czy osoba/rodzina korzystała ze świadczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej?										
	Data pierwszego zgłoszenia				miesiąc				rok		
	Data ostatnio udzielonej pomocy				miesiąc				rok		
11	Czy osoba/rodzina korzystała lub korzysta z pomocy innych osób lub pomocy instytucji?		1) rodziny 2) osób obcych 3) organizacji samopomocowych, pozarządowych 4) kościołów lub związków wyznaniowych 5) innych instytucji				1) pomoc pieniężna 2) pomoc w naturze 3) pomoc usługowa				

* W przypadku bezdomnego – ostatnie miejsce zameldowania na pobyt stały (w przypadku braku możliwości ustalenia – ostatni możliwy do potwierdzenia adres).

** Niepotrzebne skreślić.

12. Informacje o członkach rodziny

1	2	3			4	5	6	7
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Nr PESEL	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
		dzień	mies.	rok				
1*								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

* Należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad.
Uwaga: 1. Oddzielne gospodarstwa domowe należy odznaczyć poziomą kreską.
2. W przypadku większej liczby osób w rodzinie należy dołączyć dodatkowe strony.

VIII. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

1	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
2	Dochód na osobę w rodzinie	
3	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
4	Formy i zakres proponowanej pomocy	
rodzaj i zakres		źródło finansowania
świadczenia pieniężne		
świadczenia niepieniężne		
świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych		
praca socjalna		

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość _____ Data _____

VII. OCENA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

	8	9	10	11	12	13
Lp.	Wykształcenie, wykonywany zawód	Miejsce pracy lub nauki (szkoła, przedszkole)	Pozycja na rynku pracy	Sytuacja zdrowotna	Źródło dochodu (utrzymania)	
					rodzaj	wysokość
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

1	Imię i nazwisko								
2	Rodzaj i stopień uzależnienia								
3	Czy podjęto leczenie odwykowe? <div>1) tak 2) nie</div>								
4	Kiedy podjęto leczenie? <div>rok mies.</div>								
5	Czy osoba uzależniona wyraża zgodę na podjęcie leczenia? <div>1) tak 2) nie</div>								
6	Jeżeli nie, to dlaczego?								
7	Uwagi								

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY LUB RODZINY

1	Główny lokator lub właściciel mieszkania, domu (imię i nazwisko, adres)			
2	Mieszkanie: <div>1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego 3) własność lokalu/domu 4) komunalne/kwaterunkowe 5) mieszkanie wynajęte 6) mieszkanie chronione 7) prawo do domu jednorodzinnego/jego części w spółdzielni mieszkaniowej 8) hotel 9) barak 10) brak mieszkania 11) inne (jakie?)</div>			
3	Liczba izb		4	Oddzielna kuchnia: <div>1) tak 2) nie</div>
5	Piętro		6	Winda: <div>1) tak 2) nie</div>
7	Wyposażenie mieszkania w instalacje: <div>woda zimna:<div>1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody</div>woda ciepła:<div>1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody</div>łazienka:<div>1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) brak łazienki</div>WC:<div>1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem</div>ogrzewanie:<div>1) piece węglowe 2) ogrzewanie centralne 3) ogrzewanie centralne – gazowe 4) ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne 5) brak ogrzewania</div>gaz:<div>1) tak 2) nie</div>telefon:<div>1) tak 2) nie</div></div>			
8	Stan utrzymania mieszkania: <div>1) czyste, zadbane 2) brudne, zaniedbane 3) zdewastowane</div>			
9	Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego*? <div>1) tak 2) nie</div> <div>Jeżeli nie, to wymienić, jakich sprzętów brakuje:</div>			
10	Liczba miejsc do spania			
11	Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej? <div>1) tak 2) nie</div>			
12	Czy osoba niepełnosprawna posiada		osobny pokój? <div>1) tak 2) nie</div> samodzielne łóżko? <div>1) tak 2) nie</div>	

* Tj. sprzęt niezbędny danej osobie lub rodzinie do prowadzenia, w miarę możliwości, samodzielnego gospodarstwa domowego.

III. SYTUACJA RODZINNA OSÓB WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH

1	Kto z członków rodziny i dlaczego, mimo wspólnego zamieszkiwania, prowadzi oddzielne gospodarstwo domowe?	
2	Czy w rodzinie występują konflikty? 1) tak 2) nie	Kogo dotyczą:
3	Przyczyny konfliktów:	
	Czy były podejmowane próby rozwiązania konfliktów? 1) tak 2) nie	
	Możliwości rozwiązania konfliktów:	
4	Czy występują problemy opiekuńczo-wychowawcze z dziećmi? Jakież?	
	Jeżeli tak, to czy były lub są podejmowane próby ich rozwiązania? Jakież?	
	Czy rodzina lub dziecko są objęci nadzorem kuratora? 1) tak 2) nie	
5	Czy w rodzinie występuje przemoc? 1) tak 2) nie	
	Przeciwko komu jest skierowana?	
	Kto jest sprawcą przemocy?	
	Jakie podjęto działania? (Czy wszczęto procedurę „Niebieskie Karty”? Czy powołano w tej sprawie zespół interdyscyplinarny lub grupę roboczą?)	
	Efekt podjętych działań:	

1	Która z osób niepełnosprawnych wymieniona w części B wymaga: 1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj) 2) skierowania do mieszkania chronionego 3) usług opiekuńczych (zakres)
2	Czy osoba niepełnosprawna wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej? 1) tak 2) nie
3	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy): Jeżeli nie, to dlaczego?
4	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej gminy i powiatu (forma i zakres pomocy): Jeżeli nie, to dlaczego?
5	Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:

1	Która z osób wymienionych w części B jest ubezwłasnowolniona: 1) częściowo 2) całkowicie
2	Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):

Ograniczenia funkcjonalne

Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska			
Możliwość uzyskania wsparcia ze strony środowiska			
Czy osoba/rodzina utrzymuje kontakty z krewnymi zamieszkałymi oddzielnie?			1) tak 2) nie
Jeżeli tak, to z kim?			
Jak często?			1) bardzo często 2) często 3) regularnie 4) nieregularnie 5) sporadycznie
Jeżeli nie, to dlaczego?			
Czy ktoś z członków rodziny korzysta lub korzystał z usług ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej lub placówki opiekuńczo-wychowawczej, przebywa lub przebywał w zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich, specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii lub innej placówce systemu oświaty?			1) tak 2) nie
Jeżeli tak, to z jakiego rodzaju placówki? _____			
Częstotliwość kontaktów z rodziną oraz częstotliwość pobytu w domu rodzinnym dzieci przebywających w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii: _____			
Zakres współpracy rodziców ze specjalnym ośrodkiem szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodkiem wychowawczym, młodzieżowym ośrodkiem wychowawczym, młodzieżowym ośrodkiem socjoterapii lub inną placówką systemu oświaty, np. w zakresie rozwiązywania problemów edukacyjnych dzieci, wspierania rodziców w rozwiązywaniu problemów wychowawczych: _____			
Adres placówki: _____			
Czas pobytu i data zakończenia pobytu: _____			
Czy ktoś z członków rodziny przebywa lub przebywał w zakładzie karnym:			1) tak 2) nie
Adres: _____			
Czas pobytu i data zakończenia pobytu: _____			
Jeżeli przebywa, to czy jest zatrudniony i czy jego zarobki są przekazywane rodzinie:			1) tak 2) nie
wysokość		jak często	

IV. SYTUACJA ZAWODOWA

A. Sytuacja osoby bezrobotnej

1	2	3	4	5	6	7	8			
Imię i nazwisko	Zarejestrowany/na w urzędzie pracy	Pobiera zasiłek lub inne świadczenie				Utracił(a) prawo do zasiłku lub innego świadczenia		Brak prawa do zasiłku lub innego świadczenia		
		1) tak 2) nie	1) tak 2) nie	rodzaj i wysokość zasiłku lub innego świadczenia	od kiedy		1) tak 2) nie	od kiedy		1) tak 2) nie
					mies.	rok		mies.	rok	

B. Objęcie w okresie ostatniego roku działaniami aktywizacji społeczno-zawodowej

Podać, jaka to była instytucja i jaki był zakres aktywizacji

C. Kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe mogące być przydatne przy poszukiwaniu pracy(np. prawo jazdy, uprawnienia do wykonywania określonych prac)

V. SYTUACJA ZDROWOTNA

A. Sytuacja zdrowotna rodziny

1	Liczba osób długotrwale chorych		Rodzaje schorzeń
	w tym:	dzieci	
2	Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę:		
3	Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnych?		1) tak 2) nie
4	Czy osoba/rodzina posiada dostęp do świadczeń zdrowotnych?		1) tak 2) nie
	Jeżeli nie, to dlaczego?		
5	Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		