

IV. 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		
<div></div> <div>(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)</div> <div>Miejscowość_____ Data _____</div>		
V. PLAN POMOCY ZATWIERDZONY PRZEZ KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ POMOCY SPOŁECZNEJ		
Data _____(podpis i pieczęć kierownika)		

pieczęć jednostki organizacyjnej pomocy społecznej		<b>KWESTIONARIUSZ RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO</b>									
<b>CZĘŚĆ IV</b> DOTYCZY OSÓB LUB RODZIN KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ (AKTUALIZACJA WYWIADU)											
I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Data urodzenia	dzień				miesiąc				rok	
4	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość										
5	Nr PESEL										
6	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	Dotychczas otrzymywane świadczenia – na podstawie ostatniej decyzji										
10	Aktualna łączna wysokość dochodu (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)										
11	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie										
* Niepotrzebne skreślić.											

12	Aktualizacja sytuacji:
	rodzinnej
	mieszkaniowej
	zawodowej
	zdrowotnej
	innej

II. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY LUB RODZINY ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU


(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

[illegible]