

KARTA KLIENTKI / KLIENTA

Data godzina nr kartoteki

Grupa ryzyka

Imię i nazwisko klientki / klienta

Data urodzenia klientki / klienta

Adres klientki / klienta

Telefon klientki / klienta

Osoba niepełnosprawna: ☐ TAK ☐ NIE

Kontakt:

☐ osobisty ☐ telefoniczny ☐ osobisty poprzedzony telefonem ☐ poza ZIK

Kto zwrócił się o pomoc:

☐ sam potrzebujący ☐ osoba trzecia

Skierowany przez:

☐ służba zdrowia ☐ policja ☐ kurator

☐ pomoc społ. ☐ szkoła

☐ inne

Informacja o ZIK od/z:

☐ lekarz

☐ gazeta ☐ MOPR ☐ rodzina ☐ znajomi

☐ policja ☐ inne

Imię i nazwisko.....

telefon

☐ bliska rodzina ☐ znajomi ☐ sąsiedzi

☐ służba zdrowia ☐ policja ☐ kurator

☐ pomoc społ. ☐ szkoła

☐ inne

Podstawowe dane dotyczące klientki / klienta

stan cywilny:

☐ zamężna/zonaty
☐ po rozwodzie
☐ wdowiec/wdowa
☐ separacja prawna
☐ konkubinat
☐ stan wolny

wykształcenie:

☐ podstawowe
☐ zawodowe
☐ średnie techniczne
☐ średnie ogólnokształcące
☐ wyższe

środki utrzymania:

☐ z pracy
☐ emerytura
☐ renta
☐ zasiłek dla bezrobotnych
☐ pomoc społeczna
☐ inne

mieszka:

☐ sama/sam
☐ z rodziną
☐ bezdomna(y)
☐ instytucja pom. społ.
☐ inne

szkoła (uczeń):

☐ podstawowa
☐ gimnazjum
☐ zawodowa
☐ technikum
☐ liceum ogólnokształcące

praca:

☐ zatrudniona(y)
☐ wł. dział. gosp.
☐ praca dorywcza
☐ rencistka/rencista
☐ emerytka/emeryt
☐ urlop wychowawczy
☐ gospodarstwo rolne
☐ gospodarstwo domowe
☐ bezrobocie

Zgłaszany problem:

.....

.....

.....

STRUKTURA RODZINY

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy/szkoła