

pieczęć
ośrodka pomocy
społecznej lub
przedsiębiorstwa
podmiotu
lecniczego

KWESTIONARIUSZ RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO CZEŚĆ I

DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRYZNANIE 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:							
7	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:		miejscowość:								
		ulica:			nr domu:		nr mieszkania:					
		telefon:		telefon najbliższej rodziny:								
		symbol terytorialny:										
	Adres pobytu czasowego									zameldowanie: 1) tak 2) nie		
8	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					
9	Czy osoba/rodzina korzystała ze świadczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej?									1) tak 2) nie		
	Data pierwszego zgłoszenia			miesiąc					rok			
	Data ostatnio udzielonej pomocy			miesiąc					rok			
10	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 razie braku możliwości ustalenia – ostatni możliwy do potwierdzenia adres).

11. 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.

	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						

12	Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adresy osób, o których mowa w art. 103 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wielkość i forma świadczonej lub deklarowanej pomocy:		
13	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)		
14	Stałe, miesięczne wydatki osoby/rodziny łącznie:		zł
	w tym:	czynsz	zł
	energia elektryczna	zł	
	gaz	zł	
	alimenty	zł	
	opłaty za dom pomocy społecznej	zł	
	opłaty za szkołę/bursę/internat	zł	
	opłaty za przedszkole	zł	
	opłaty rodziców/opiekunów prawnych za pobyt dziecka w placówce dziennej lub całodobowej	zł	
	opłaty rodziców za pobyt dziecka w pieczy zastępczej	zł	
	wydatki na leki i leczenie	zł	
inne – jakie?	zł		
15	Alimenty świadczone przez osobę, z którą jest przeprowadzany wywiad, lub innych członków rodziny:		
	Kto?		
	Na czyją rzecz ?		
	Wysokość	zł	1) dobrowolne 2) na podstawie orzeczenia sądu
	Wysokość zaległych alimentów	zł	

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY/RODZINY

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

* 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 „Niebieskiej Karty”? Czy powołano w tej sprawie zespół interdyscyplinarny lub grupę roboczą?)	
	Efekt podjętych działań:	

6	Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska		
Możliwość uzyskania wsparcia ze strony środowiska			
7	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?			
8	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? _____			
Adres: _____			
Czas pobytu i data zakończenia pobytu: _____			
9	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. 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 zdrowotnemu?	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):		

B. Sytuacja osób niepełnosprawnych

1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Imię i nazwisko	Rodzaj dysfunkcji	Ustalona grupa inwalidzka, stopień niepełnosprawności, niezdolność do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do pracy 1) tak 2) nie	Orzeczenie powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności		Termin kolejnego badania		Wynik orzeczenia		Ograniczenia funkcjonalne	
			numer	data		mies.	rok	stopień niepełnosprawności		wskazania do pracy brak wskazań
				mies.	rok					

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

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

C. Sytuacja osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków

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

VI. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY/RODZINY ZGŁOSZONE
 PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

Data zgłoszenia: _____

Data przeprowadzenia wywiadu: _____

Imię i nazwisko pracownika socjalnego przeprowadzającego wywiad: _____

 (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

 (data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o zgłaszającym problem*:

1	Z urzędu – zgłoszenie: 1) pracownika socjalnego, 2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)	
2	Na wniosek: 1) osoby obcej, 2) członka rodziny Imię, nazwisko, adres i telefon oraz stopień pokrewieństwa z osobą potrzebującą pomocy.**	

* W przypadku gdy problem zgłasza osoba zainteresowana, nie wypełnia się.

** Wypełnia się za zgodą osoby zgłaszającej.

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 _____

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 się część I kwestionariusza wywiadu.
3. W przypadku osób, 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 lub rodziny korzystających ze stałych form pomocy aktualizację wywiadu sporządza się nie rzadziej niż co 6 miesięcy, pomimo braku zmiany danych, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.
6. W przypadku osoby skierowanej do ośrodka wsparcia wywiad aktualizuje się, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.
7. 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.
8. 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.

CZĘŚĆ II

DOTYCZY OSÓB, O KTÓRYCH MOWA
W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY
SPOŁECZNEJ

I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię				
2	Nazwisko				
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość				
4	Nr PESEL				
5	Adres	kod pocztowy:	miejsowość:		
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:	
		telefon:			
		symbol terytorialny:			

6	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
7	Dochód na osobę w rodzinie	
8	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
9	Obciążenia finansowe rodziny (stałe – np. czynsz, opłaty za dom pomocy społecznej, internat, bursę; okresowe – np. spłata zadłużenia; jednorazowe – np. remont mieszkania)	
10	Dane osoby lub rodziny ubiegającej się o przyznanie świadczenia (imię, nazwisko, adres zamieszkania):	

II. INFORMACJE O CZŁONKACH RODZINY I INNYCH OSOBACH WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH

1	2	3			4	5	6	7	8	9	10
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa**	Nr PESEL	Miejsce pracy lub nauki (szkoła, przedszkole)	Źródło dochodu (utrzymania)	
		dzień	mies.	rok						rodzaj	wysokość
1*											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											

* Należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad.

** W stosunku do osoby, z którą przeprowadzono wywiad.

Uwaga: Oddzielne gospodarstwo domowe należy odznaczyć poziomą kreską.

III. POMOC OSOBY/RODZINY UDZIELANA OSOBIE/RODZINIE UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA

1	Dotychczas udzielana pomoc osobie/rodzinie ubiegającej się o przyznanie świadczenia
2	Stosunek do osoby/rodziny ubiegającej się o przyznanie świadczenia
3	Ustalona z osobą/rodziną forma i wielkość pomocy

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość _____ Data _____

IV. OSOBA, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, WSKAZAŁA INNE OSOBY, O KTÓRYCH MOWA W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko	Adres	Telefon

V. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość _____ Data _____

CZĘŚĆ III

DOTYCZY OSÓB, O KTÓRYCH MOWA
W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R.
O 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	kod pocztowy:					miejscowość:											
		ulica:					nr domu:					nr mieszkania:						
		telefon:																
		symbol terytorialny:																

7	Dane osoby lub rodziny, na rzecz której jest świadczona pomoc, oraz dotychczasowe formy i wielkość tej pomocy																
8	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie																
9	Opis okoliczności uzasadniających ewentualną zmianę formy lub wielkości świadczonej pomocy																

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

CZĘŚĆ IV

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	kod pocztowy:			miejsowość:						
		ulica:				nr domu:			nr mieszkania:		
		telefon:			telefon najbliższej rodziny:						
		symbol terytorialny:									

7	Dotychczas otrzymywane świadczenia – na podstawie ostatniej decyzji										
8	Aktualna łączna wysokość dochodu (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)										
9	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie										
10	Aktualizacja sytuacji:										
	rodzinnej										
	mieszkaniowej										
	zawodowej										
	zdrowotnej										
	innej										

II. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY/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 _____

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	

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość _____ Data _____

CZĘŚĆ V

DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O POMOC
PIENIĘŻNĄ NA USAMODZIELNIENIE, POMOC PIENIĘŻNĄ
NA KONTYNUOWANIE NAUKI*

I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię											
2	Nazwisko											
3	Data urodzenia	dzień			mięsiąc			rok				
4	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość											
5	Nr PESEL											
6	Adres	kod pocztowy:	miejscowość:				ulica:					
		nr domu:	nr mieszkania:				telefon:					
		symbol terytorialny:										
7	Sytuacja rodzinna: 1) osoba samotnie gospodarująca 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną 3) inne											
8	Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała?											
	Rodzaj opieki						Okres przebywania					
	1) dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie											
	2) dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży											
	3) zakład poprawczy											
	4) schronisko dla nieletnich											
	5) młodzieżowy ośrodek wychowawczy											
	6) specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy											
	7) specjalny ośrodek wychowawczy											
	8) młodzieżowy ośrodek socjoterapii											
Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1–8)												
Ostatnie miejsce pobytu przed usamodzielnieniem (nazwa i adres placówki, którą opuściła osoba ubiegająca się o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki)												
9	Czy osoba usamodzielniana uczy się? 1) tak 2) nie											
10	Typ szkoły:											
	klasa/rok studiów				semestr							

11	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
12	Dochód na osobę w rodzinie	
13	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	

_____ (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

_____ (data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość _____ Data _____

* Należy dołączyć kopię programu usamodzielnienia.

II. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

1	Wysokość pomocy pieniężnej na usamodzielnienie
2	Wysokość pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

III. INFORMACJA O DECYZJI O PRYZNANIU POMOCY

(podpis i pieczęć kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie)

Miejscowość _____ Data _____

CZĘŚĆ VI

**DOTYCZY CUDZOZIEMCÓW, KTÓRZY UZYSKALI
W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ STATUS UCHODźCY LUB OCHRONĘ
UZUPEŁNIAJĄCĄ**

I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, DANE O CZŁONKACH RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH I ZAMIESZKUJĄCYCH NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo					4	Narodowość				
5	Data urodzenia	dzień			miesiąc			rok			
6	Dokument tożsamości	nr dokumentu podróży									
		nr karty pobytu									
		nr decyzji nadającej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą									
7	Data decyzji o nadaniu statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej										
8	Adres zameldowania cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	kod pocztowy:			miejscowość:						
		ulica:			nr domu:			nr mieszkania:			
		telefon:									
	Adres pobytu czasowego								Zameldowanie: 1) tak 2) nie		
9	Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?										
10	Czy cudzoziemiec jest w Rzeczypospolitej Polskiej?										1) sam 2) z rodziną
11	Czy cudzoziemiec utrzymuje kontakt z rodziną?	1) mieszkającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 2) mieszkającą w kraju pochodzenia 3) mieszkającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ale nie w kraju pochodzenia 4) nie utrzymuje kontaktu									
12	Czy cudzoziemiec korzysta z pomocy?	1) rodziny mieszkającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 2) rodziny mieszkającej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej 3) innych grup uchodźców 4) organizacji pozarządowych 5) związków wyznaniowych 6) innych (czyjej?)									

13	Formy udzielanej pomocy	1) pomoc pieniężna 2) pomoc w naturze 3) inna (jaka?)
14	Wielkość udzielanej pomocy	
	zakres udzielanej pomocy	
	rodzaj udzielanej pomocy	

15. Informacja o członkach rodziny cudzoziemca zamieszkałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

1 Lp.*	2 Imię i nazwisko	3 Data urodzenia			4 Płeć	5 Stan cywilny	6 Stopień pokrewieństwa	7 Wykształcenie	8 Sytuacja zdrowotna	9 Źródło dochodu (utrzymania)		10 wysokość
		dzień	mies.	rok						rodzaj		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

* W przypadku większej liczby osób należy powielić stronę.

II. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

1	<p>Czy i kto z członków rodziny cudzoziemca uczęszczał na zajęcia z języka polskiego w trakcie trwania procedury o nadanie statusu uchodźcy?</p> <p>Przez jaki okres?</p>
2	<p>Znajomość języka polskiego przez:</p> <p>– cudzoziemca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nic nie rozumie 2) rozumie, ale bardzo słabo 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj., lub innym, tj. 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie <p>– współmałżonka cudzoziemca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nic nie rozumie 2) rozumie, ale bardzo słabo 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj., lub innym, tj. 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie
3	<p>Czy cudzoziemiec wymaga skierowania na kurs nauki języka polskiego? 1) tak 2) nie</p>
4	<p>Znajomość języka polskiego przez dzieci cudzoziemca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nic nie rozumie 2) rozumie, ale bardzo słabo 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj., lub innym, tj. 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie
5	<p>Czy dzieci cudzoziemca wymagają skierowania na kurs nauki języka polskiego? 1) tak 2) nie</p> <p>Jeżeli tak – to ile dzieci ?</p>
6	<p>Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wymagają pomocy w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego? 1) tak 2) nie</p>

III. FUNKCJONOWANIE CUDZOZIEMCA I CZŁONKÓW JEGO RODZINY W NOWYM ŚRODOWISKU PO OPUSZCZENIU OŚRODKA DLA CUDZOZIEMCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O NADANIE STATUSU UCHODźCY

1	Jak cudzoziemiec i członkowie jego rodziny czują się w nowym środowisku po opuszczeniu ośrodka dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy?
2	Czy cudzoziemiec ma znajomych w nowym środowisku? Jakich?
3	Czy mieszkańcy z najbliższego otoczenia sprawiają cudzoziemcowi lub jego rodzinie kłopoty? Jakie?
4	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia w środowisku zamieszkania? Rodzaj wsparcia:
5	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia wśród cudzoziemców? Rodzaj wsparcia:

6	<p>Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wiedzą, gdzie znajdują się podstawowe instytucje, takie jak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ośrodek pomocy społecznej 2) powiatowy urząd pracy 3) urząd miasta 4) przychodnia/ośrodek zdrowia 5) szpitalny oddział ratunkowy 6) szpital 7) szkoła 8) policja 9) inne (jakie?)
7	<p>Czy dzieci cudzoziemca realizują obowiązek szkolny?</p> <p>Do jakiego rodzaju szkoły i do której klasy uczęszczają?</p>
8	<p>Co sprawia najwięcej trudności w funkcjonowaniu w środowisku lokalnym?</p>
9	<p>Zainteresowania cudzoziemca, formy spędzania wolnego czasu:</p>

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA

1	Mieszkanie:	1) komunalne/kwaterunkowe 2) mieszkanie wynajęte 3) mieszkanie chronione 4) hotel 5) brak mieszkania 6) inne (jakie?)
2	Liczba izb	3 Oddzielna kuchnia: 1) tak 2) nie
4	Piętro	5 Winda: 1) tak 2) nie
6	Wyposażenie mieszkania w instalacje:	
	woda zimna: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody	woda ciepła: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody
	łazienka: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) brak łazienki	WC: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem
	ogrzewanie: 1) piece węglowe 2) ogrzewanie centralne 3) ogrzewanie centralne – gazowe 4) ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne 5) brak ogrzewania	
	gaz: 1) tak 2) nie	telefon: 1) tak 2) nie
7	Stan utrzymania mieszkania:	1) czyste, zadbane 2) brudne, zaniedbane 3) zdewastowane
8	Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego?	1) tak 2) nie
	Jeżeli nie, to wymienić, jakich sprzętów brakuje:	
9	Liczba miejsc do spania	
10	Łączne stałe (miesięczne) wydatki związane z mieszkaniem – czynsz, światło, gaz itp.	
11	Czy zachodzi konieczność zapewnienia mieszkania ze strony gminy?	

V. SYTUACJA ZDROWOTNA

1	<p>Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny byli leczeni w trakcie pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy?</p> <p>1) tak 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, to kto?</p> <p>Czy wymaga dalszego leczenia?</p> <p>1) tak 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, to jakiego?</p>
2	<p>Jakie problemy zdrowotne zgłaszają cudzoziemiec lub członek jego rodziny?</p>
3	<p>Czy cudzoziemiec i jego rodzina podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu?</p>
4	<p>Czy wymagają pomocy w formie opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne?</p>
5	<p>Kto opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne?</p>

VI. SYTUACJA ZAWODOWA

1	Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny mają wiedzę na temat możliwości zatrudnienia w swoim zawodzie i zgodnie z kwalifikacjami?
2	Umiejętności i kwalifikacje wskazane przez cudzoziemca, które mogą być pomocne w poszukiwaniu pracy:
3	Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny otrzymali propozycję pracy z powiatowego urzędu pracy?
4	Czy cudzoziemiec podejmie inne prace, w tym np. jako wolontariusz? Jakie?
5	Potwierdzenie zawodu i zatrudnienia z kraju pochodzenia – posiadane dokumenty:

VII. SYTUACJA DOCHODOWA

1	Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny dysponują środkami finansowymi i jaka jest ich wielkość?
2	Ewentualne zasoby przywiezione z kraju pochodzenia, którymi dysponują cudzoziemiec lub jego rodzina:
3	<p>Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny posiadają źródła dochodu?</p> <p>Jakie?</p> <p>Podać wielkość dochodu:</p>

VIII. POTRZEBY I OCZEKIWANIA ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

Data zgłoszenia

Data przeprowadzenia wywiadu

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

IX. OCENA I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

X. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

Formy i zakres proponowanej pomocy		
świadczenie pieniężne		
1. na utrzymanie	wysokość	od do
2. na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego	wysokość	od do
3. opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne określonej w odrębnych przepisach za:		
1) cudzoziemca	wysokość	od do
2) członków jego rodziny	wysokość	od do
poradnictwo specjalistyczne		
rodzaj i zakres:		
praca socjalna		

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

CZĘŚĆ VII

DOTYCZY OSÓB I RODZIN POSZKODOWANYCH W WYNIKU SYTUACJI KRYZYSOWEJ WYSTĘPUJĄCEJ NA SKALĘ MASOWĄ, A TAKŻE KLĘSKI ŻYWIOŁOWEJ BĄDŹ ZDARZENIA LOSOWEGO

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:	miejsowość:								
		ulica:	nr domu:				nr mieszkania:				
		telefon:	telefon najbliższej rodziny:								
		symbol terytorialny:									

7	Dotychczas otrzymywane świadczenia: tak/nie	
	Jeśli tak, to jakie?	
8	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie/liczba osób w rodzinie	
9	Aktualna sytuacja:	
	rodzinna	
	mieszkaniowa	
	zawodowa	
	zdrowotna	
	majątkowa	

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	

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość _____ Data _____

