

pieczęć
ośrodka pomocy
społecznej lub
podmiotu
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:		telefon najbliższej rodziny:		
		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) potrzeby 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	

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

10	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		
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		

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 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.

IX. PLAN POMOCY ZATWIERDZONY PRZEZ KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ POMOCY SPOŁECZNEJ

Data

(podpis i pieczęć kierownika)

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.

	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						

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

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

13	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:		
14	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)		zł
15	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
16	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 LUB 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.

VI. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY LUB 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.

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? mies. rok	Czy osoba uzależniona wyraża zgodę na podjęcie leczenia? 1) tak 2) nie	Jeżeli nie, to dlaczego?	Uwagi

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? Jakie? Jeżeli tak, to czy były lub są podejmowane próby ich rozwiązania? Jakie? 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?	
	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:	

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):

B. Sytuacja osób niepełnosprawnych

[illegible]

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

[illegible]

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 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):		