

13. 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	miesiąc	rok				
1*					M/K			
2					M/K			
3					M/K			
4					M/K			
5					M/K			
6					M/K			
7					M/K			
8					M/K			
9					M/K			
10					M/K			
11					M/K			
12					M/K			
13					M/K			
14					M/K			

* 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 (placówka i oddział)	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						

B. ANALIZA SYTUACJI MATERIALNEJ

1	Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adresy małżonka, zstępnych lub wstępnych, o których mowa w art. 103 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wielkość i forma świadczonej lub deklarowanej pomocy:			
2	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			zł
3	Stale 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 – wskazać jakie:		zł
4	Alimenty świadczone przez osobę, z którą jest przeprowadzany wywiad, lub innych członków rodziny			
	Kto?	Na czyją rzecz?	Wysokość	Wysokość zaległych alimentów
				1) dobrowolne 2) na podstawie orzeczenia sądu
	1)		zł	zł
	2)		zł	zł
	3)		zł	zł
4)		zł	zł	
5)		zł	zł	

C. ANALIZA WARUNKÓW BYTOWYCH OSOBY LUB RODZINY

1	<p>Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu</td> <td><input type="checkbox"/> 8) hotel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe</td> <td><input type="checkbox"/> 9) barak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte</td> <td><input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione	<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej	<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel	<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak	<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania		<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:						
<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione																		
<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej																		
<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel																		
<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak																		
<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania																		
	<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:																		
2	<p>1) Stan utrzymania mieszkania: <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane <input type="checkbox"/> c) zdewastowane</p> <p>.....</p> <p>2) Dostęp do mediów:</p> <table border="0"> <tr> <td>a) bieżąca woda:</td> <td>b) ogrzewanie:</td> <td>c) prąd:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> zimna</td> <td><input type="checkbox"/> piecze węglowe</td> <td><input type="checkbox"/> dostępny</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ciepła</td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne</td> <td><input type="checkbox"/> brak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> brak</td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> brak ogrzewania</td> <td></td> </tr> </table> <p>3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: <input type="checkbox"/> a) tak <input type="checkbox"/> b) nie, brakuje:</p> <p>.....</p> <p>4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania): </p>	a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:	<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piecze węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny	<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe			<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne			<input type="checkbox"/> brak ogrzewania	
a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:																	
<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piecze węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny																	
<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak																	
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe																		
	<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne																		
	<input type="checkbox"/> brak ogrzewania																		
3	<p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze <input type="checkbox"/> konflikty <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie:</p>	<p>Kogo dotyczą:</p>																	
4	<p>Charakterystyka problemu (m.in. przyczyny, podjęte działania i ich efekty):</p>																		
5	<p>Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska:</p>																		

6	Relacje osoby/rodziny z krewnymi, którzy mieszkają oddzielnie:		
7	<p>Czy osoba/rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać od kiedy:</p> <p>Czy osoba/rodzina jest objęta nadzorem kuratora? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać od kiedy:</p>		
8	<p>Czy któryś ze wspólnie zamieszkujących członków rodziny w ciągu ostatnich 5 lat korzystał lub aktualnie korzysta z usług ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej, przebywa/przebywał w rodzinnej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej czy innej instytucji całodobowego pobytu (np. w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, zakładzie poprawczym, zakładzie karnym itp.)? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, to wpisać:</p> <p>Kto:</p> <p>Kiedy:</p> <p>Rodzaj placówki:</p> <p>Kontakty z rodziną (np. częstotliwość pobytu w domu rodzinnym, współpraca rodziców z placówką, w której przebywa dziecko):</p>		
	<p>Czy członek rodziny przebywający w zakładzie karnym jest zatrudniony i czy jego zarobki są przekazywane rodzinie: <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie</p>		
wysokość		jak często	

D. ANALIZA SYTUACJI ZAWODOWEJ

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
				miesiąc	rok		miesiąc	rok	
<p>Działania aktywizacji społeczno-zawodowej podjęte wobec osoby/rodziny w ciągu ostatniego roku (m.in. instytucja, zakres):</p>									
<p>Kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe, które mogą być przydatne przy poszukiwaniu pracy (np. prawo jazdy, uprawnienia do wykonywania określonych prac):</p>									

E. OGÓLNA ANALIZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY/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?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
4	Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
	Jeżeli nie, wpisać dlaczego:		
5	Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		
6	Dane pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		

1	<p>Która z osób niepełnosprawnych wspólnie zamieszkujących wymaga:</p> <p>1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj)</p> <p>2) skierowania do mieszkania chronionego</p> <p>3) usług opiekuńczych (zakres)</p> <p>4) umieszczenia w domu pomocy społecznej</p>	
2	<p>Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:</p>	
3	<p>Możliwość zapewnienia pomocy ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej gminy i powiatu (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:</p>	
4	<p>Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:</p>	
5	<p>Stan dostosowania mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych:</p>	
6	<p>Która z osób wspólnie zamieszkujących jest ubezwłasnowolniona:</p> <p><input type="checkbox"/> 1) częściowo</p> <p><input type="checkbox"/> 2) całkowicie</p>	<p>Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):</p>

J. 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	
	inne formy wsparcia	

_____ (miejsowość i data)

_____ (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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. Komponenty: A, H-J wypełnia się obligatoryjnie, a pozostałe — w zależności od okoliczności związanych z przeprowadzaniem rodzinnego wywiadu środowiskowego, zgodnie z oceną pracownika socjalnego.
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 przez wypełnienie części 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 lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
 lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub
 podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

CZĘŚĆ II

DOTYCZY MAŁŻONKA, ZSTĘPNYCH LUB WSTĘPNYCH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
8	Dochód na osobę w rodzinie			
9	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
10	Obciążenia finansowe rodziny (stałe – np. czynsz, opłaty za dom pomocy społecznej, internat, bursę; okresowe – np. spłata zadłużenia; jednorazowe – np. remont mieszkania)			
11	Dane osoby lub rodziny ubiegającej się o przyznanie świadczenia (imię, nazwisko, adres zamieszkania):			

**B. 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 (placówka i oddział)	Źródło dochodu (utrzymania)	
		dzień	miesiąc	rok						rodzaj	wysokość
1*					M/K						
2					M/K						
3					M/K						
4					M/K						
5					M/K						
6					M/K						
7					M/K						
8					M/K						
9					M/K						
10					M/K						
11					M/K						
12					M/K						
13					M/K						

* `Należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad.

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

Uwaga: Oddzielne gospodarstwo domowe należy odznaczyć poziomą kreską.

**C. POMOC OSOBY/RODZINY UDZIELANA OSOBIE LUB RODZINIE
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE 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

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

_____ (podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość _____ Data _____

**D. 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

E. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

_____ (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	<input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie:
		<input type="checkbox"/> 2) nie

Miejscowość _____ Data _____

.....
.....
.....
Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub
podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

CZĘŚĆ III
DOTYCZY MAŁŻONKA, ZSTĘPNYCH LUB WSTĘPNYCH, O KTÓRYCH MOWA
W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ
(AKTUALIZACJA WYWIADU)

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
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)

.....

 Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
 lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub
 podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

CZĘŚĆ IV

DOTYCZY OSÓB LUB RODZIN KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ (AKTUALIZACJA WYWIADU)

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:	miejsowość:	
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
	Miejsce pobytu osoby bezdomnej			
6	Adres do korespondencji			
7	Dane opiekuna prawnego / kuratora**			
	Imię			
	Nazwisko			
	Obywatelstwo			
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nr PESEL:		
8	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejsowość:	
		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			

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

** Niepotrzebne skreślić.

D. 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	
	inne formy wsparcia	

(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

.....

 Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
 lub REGON powiatowego centrum pomocy rodzinie

CZĘŚĆ V

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

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejsowość:	ulica:
		nr domu:	nr mieszkania:	telefon:
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Sytuacja rodzinna: <input type="checkbox"/> 1) osoba samotnie gospodarująca <input type="checkbox"/> 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną <input type="checkbox"/> 3) inne – wskazać jakie:			
8	Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała?			
	Rodzaj opieki	Okres przebywania		
	<input type="checkbox"/> 1) dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie			
	<input type="checkbox"/> 2) dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży			
	<input type="checkbox"/> 3) zakład poprawczy			
	<input type="checkbox"/> 4) schronisko dla nieletnich			
	<input type="checkbox"/> 5) młodzieżowy ośrodek wychowawczy			
	<input type="checkbox"/> 6) specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy			
	<input type="checkbox"/> 7) specjalny ośrodek wychowawczy			
	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie			
10	Typ szkoły:			
	oddział / 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)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	<input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie:
		<input type="checkbox"/> 2) nie

Miejscowość _____ Data _____

* Należy dołączyć kopię programu usamodzielnienia.

B. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

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

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

C. INFORMACJA O DECYZJI O PRYZNANIU POMOCY

(podpis i pieczęć kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie)

Miejscowość _____ Data _____

.....

 Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
 lub REGON powiatowego centrum pomocy rodzinie

CZĘŚĆ VI

DOTYCZY CUDZOZIEMCÓW, O KTÓRYCH MOWA W ART. 91 UST. 1 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ

A. 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:					
	Adres pobytu czasowego											Zameldowanie: <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie	
9	Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?												
10	Czy cudzoziemiec przebywa w Rzeczypospolitej Polskiej											<input type="checkbox"/> 1) sam <input type="checkbox"/> 2) z rodziną	
11	Czy cudzoziemiec utrzymuje kontakt z rodziną?	<input type="checkbox"/> 1) mieszkającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> 2) mieszkającą w kraju pochodzenia <input type="checkbox"/> 3) mieszkającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ale nie w kraju pochodzenia <input type="checkbox"/> 4) nie utrzymuje kontaktu											
12	Czy cudzoziemiec korzysta z pomocy?	<input type="checkbox"/> 1) rodziny mieszkającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> 2) rodziny mieszkającej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> 3) innych grup uchodźców <input type="checkbox"/> 4) organizacji pozarządowych <input type="checkbox"/> 5) związków wyznaniowych <input type="checkbox"/> 6) innych – wskazać kogo:											

13	Formy udzielanej pomocy	<input type="checkbox"/> 1) pomoc pieniężna <input type="checkbox"/> 2) pomoc w naturze <input type="checkbox"/> 3) inna – wskazać jaka:
14	Wielkość udzielanej pomocy	
	Zakres udzielanej pomocy	
	Rodzaj udzielanej pomocy	

15. Informacja o członkach rodziny cudzoziemca zamieszkających 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 Źródła dochodu (utrzymania)		10 wysokość
		dzień	miesiąc	rok						rodzaj		
1					M/K							
2					M/K							
3					M/K							
4					M/K							
5					M/K							
6					M/K							
7					M/K							
8					M/K							
9					M/K							
10					M/K							

* W przypadku większej liczby osób należy powielić stronę.

B. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

1	<p>Czy któryś z członków rodziny cudzoziemca uczęszczał na zajęcia z języka polskiego w trakcie trwania procedury o nadanie statusu uchodźcy?</p> <p>Jeżeli tak, wpisać:</p> <p>Kto: _____ Przez jaki okres: _____</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
2	<p>Znajomość języka polskiego przez:</p> <p>– cudzoziemca:</p> <p><input type="checkbox"/> 1) nic nie rozumie</p> <p><input type="checkbox"/> 2) rozumie, ale bardzo słabo</p> <p><input type="checkbox"/> 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. lub innym, tj.</p> <p><input type="checkbox"/> 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie</p> <p><input type="checkbox"/> 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie</p> <p>– współmałżonka cudzoziemca:</p> <p><input type="checkbox"/> 1) nic nie rozumie</p> <p><input type="checkbox"/> 2) rozumie, ale bardzo słabo</p> <p><input type="checkbox"/> 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. lub innym, tj.</p> <p><input type="checkbox"/> 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie</p> <p><input type="checkbox"/> 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie</p>	
3	<p>Czy cudzoziemiec wymaga skierowania na kurs nauki języka polskiego?</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
4	<p>Znajomość języka polskiego przez dzieci cudzoziemca:</p> <p><input type="checkbox"/> 1) nic nie rozumie</p> <p><input type="checkbox"/> 2) rozumie, ale bardzo słabo</p> <p><input type="checkbox"/> 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. lub innym, tj.</p> <p><input type="checkbox"/> 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie</p> <p><input type="checkbox"/> 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie</p>	
5	<p>Czy dzieci cudzoziemca wymagają skierowania na kurs nauki języka polskiego?</p> <p>Jeżeli tak, wpisać ile dzieci: _____</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
6	<p>Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wymagają pomocy w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego?</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie

C. 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? Jeżeli tak, wpisać jakich:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
3	Czy mieszkańcy z najbliższego otoczenia sprawiają cudzoziemcowi lub jego rodzinie kłopoty? Jeżeli tak, wpisać jakie:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
4	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia w środowisku zamieszkania? Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
5	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia wśród cudzoziemców? Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie

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

D. SYTUACJA MIESZKANIOWA

1	<p>Mieszkanie:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1) komunalne/kwaterunkowe<input type="checkbox"/> 2) mieszkanie wynajęte<input type="checkbox"/> 3) mieszkanie chronione<input type="checkbox"/> 4) hotel<input type="checkbox"/> 5) brak mieszkania<input type="checkbox"/> 6) inne – wskazać jakie:																		
2	<p>1) Stan utrzymania mieszkania: <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane <input type="checkbox"/> c) zdewastowane</p> <p>.....</p> <p>2) Dostęp do mediów:</p> <table border="0"><tr><td>a) bieżąca woda:</td><td>b) ogrzewanie:</td><td>c) prąd:</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> zimna</td><td><input type="checkbox"/> piece węglowe</td><td><input type="checkbox"/> dostępny</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ciepła</td><td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne</td><td><input type="checkbox"/> brak</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> brak</td><td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe</td><td></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne</td><td></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> brak ogrzewania</td><td></td></tr></table> <p>3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: <input type="checkbox"/> a) tak <input type="checkbox"/> b) nie, brakuje:</p> <p>.....</p> <p>4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:	<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piece węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny	<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe			<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne			<input type="checkbox"/> brak ogrzewania	
a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:																	
<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piece węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny																	
<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak																	
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe																		
	<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne																		
	<input type="checkbox"/> brak ogrzewania																		
3	Łączne stałe (miesięczne) wydatki związane mieszkaniem – czynsz, światło, gaz itp.:																		
4	Czy zachodzi konieczność zapewnienia mieszkania ze strony gminy?																		

E. 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><input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać kto:</p> <p>Czy wymaga dalszego leczenia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać 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>

E. 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? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie Jeżeli tak, wpisać jakie:
5	Potwierdzenie zawodu i zatrudnienia z kraju pochodzenia – posiadane dokumenty:

J. 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)

.....

 Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
 lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub
 podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

CZĘŚĆ VII

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

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejsowość:	
		ulica:		nr domu:
		nr mieszkania:		
		telefon:	telefon najbliższej rodziny:	
symbol terytorialny:				
6	Adres do korespondencji			
7	Dotychczas otrzymywane świadczenia: tak/nie			
	Jeżeli tak, wpisać jakie:			
8	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie / liczba osób w rodzinie			
9	Aktualna sytuacja:			
	rodzina			
	mieszkaniowa			
	zawodowa			
	zdrowotna			
majątkowa				

D. 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	
	inne formy wsparcia	

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

