pieczęć ośrodka pomocy społecznej lub przedsiębiorstwa 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:

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 pokrewień-stwa
		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? 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?_____ Adres: _____ Czas pobytu i data zakończenia pobytu: _____	
9	Czy ktoś z członków rodziny przebywa lub przebywał w zakładzie karnym: Adres: _____ Czas pobytu i data zakończenia pobytu: _____	1) tak 2) nie
	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	Zareje-strowany(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

<table>
<tr><td rowspan="2">1</td><td colspan="2">Liczba osób długotrwale chorych</td><td>Rodzaje schorzeń</td></tr>
<tr><td>w tym:</td><td>dzieci</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="3">Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?</td><td>1) tak
2) nie</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4</td><td colspan="2">Czy osoba/rodzina posiada dostęp do świadczeń zdrowotnych?</td><td>1) tak
2) nie</td></tr>
<tr><td colspan="3">Jeżeli nie, to dlaczego?</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="3">Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):</td></tr>
</table>

B. Sytuacja osób niepełnosprawnych

1	2	3	4	5		6		7	8	9
Imię i nazwisko	Rodzaj dysfunkcji	Ustalona grupa inwalidzka, stopień niepełno-sprawności, 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 niepełno-sprawności	wskaza-nia do pracy / brak wskazań	
				mies.	rok					

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):

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

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.

VII. OCENA SYTUACJI OSOBY/RODZINY I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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 _____

IX. PLAN POMOCY ZATWIERDZONY PRZEZ KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ POMOCY SPOŁECZNEJ

Data _____

_____
(podpis i pieczęć kierownika)

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.