……

……

……

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

KWESTIONARIUSZ
RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO
CZĘŚĆ I
DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYZNANIE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ

A. 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:			
		symbol terytorialny:			
	Miejsce pobytu osoby bezdomnej				
8	Adres do korespondencji				
9	Dane opiekuna prawnego / kuratora**				
	Imię				
	Nazwisko				
	Obywatelstwo				
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:			Nr PESEL:	
10	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:		
		ulica:		nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:			
		symbol terytorialny:			
11	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	

12	Korzystanie z pomocy innych osób lub instytucji	pomoc pieniężna	pomoc w naturze	pomoc usługowa
	1) rodziny	☐	☐	☐
	2) osób obcych	☐	☐	☐
	3) organizacji samopomocowych, pozarządowych	☐	☐	☐
	4) kościołów lub związków wyznaniowych	☐	☐	☐
	5) innych instytucji	☐	☐	☐

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

** Niepotrzebne skreślić.

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 oddzielić 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	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 – 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	Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem): ☐ 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 – wskazać jakie:
2	1) Stan utrzymania mieszkania: ☐ a) czyste, zadbane ☐ b) brudne, zaniedbane ☐ c) zdewastowane …… 2) Dostęp do mediów: a) bieżąca woda: ☐ zimna ☐ ciepła ☐ brak b) ogrzewanie: ☐ piece węglowe ☐ ogrzewanie centralne ☐ ogrzewanie centralne – gazowe ☐ ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne ☐ brak ogrzewania c) prąd: ☐ dostępny ☐ brak 3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: ☐ a) tak ☐ b) nie, brakuje: .... 4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania): ....
3	Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny? 1) nie ☐ 2) tak: ☐ przemoc ☐ problemy opiekuńczo-wychowawcze ☐ konflikty ☐ inne – wskazać jakie: …… Kogo dotyczą:
4	Charakterystyka problemu (m.in. przyczyny, podjęte działania i ich efekty):
5	Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska:

6	Relacje osoby/rodziny z krewnymi, którzy mieszkają oddzielnie:
7	Czy osoba/rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać od kiedy: Czy osoba/rodzina jest objęta nadzorem kuratora? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać od kiedy:
8	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.)? ☐ 1) tak ☐ 2) nie
	Jeżeli tak, to wpisać: Kto: ..... Kiedy: ..... Rodzaj placówki: ..... Kontakty z rodziną (np. częstotliwość pobytu w domu rodzinnym, współpraca rodziców z placówką, w której przebywa dziecko):
	Czy członek rodziny przebywający w zakładzie karnym jest zatrudniony i czy jego zarobki są przekazywane rodzinie: ☐ 1) tak ☐ 2) nie

wysokość		jak często	

D. ANALIZA SYTUACJI ZAWODOWEJ

1	2	3	4	5		6	7		8
Imię i nazwisko	Zarejestro-wany(-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	

Działania aktywizacji społeczno-zawodowej podjęte wobec osoby/rodziny w ciągu ostatniego roku (m.in. instytucja, zakres):

Kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe, które mogą być przydatne przy poszukiwaniu pracy (np. prawo jazdy, uprawnienia do wykonywania określonych prac):

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?		☐ 1) tak ☐ 2) nie
4	Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych?		☐ 1) tak ☐ 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):		

F. ANALIZA SYTUACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

1	2	3	4	5		6	7		8	9	10
Imię i nazwisko	Rodzaj dysfunkcji	Ustalona grupa inwalidzka, stopień niepełno-sprawności, niezdolność do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do pracy 1) tak 2) nie	Orzeczenie o niepełnosprawności				Termin kolejnego badania		Wynik orzeczenia		Ograniczenia funkcjonalne
			numer	data		organ wydający	miesiąc	rok	stopień niepełno-sprawności	wskazania do pracy / brak wskazań	
				miesiąc	rok						

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

G. ANALIZA SYTUACJI OSÓB Z SYMPTOMAMI NADUŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I/LUB UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

1	2	3			4	5
Imię i nazwisko	Rodzaj i stopień uzależnienia	Czy podjęto leczenie odwykowe?				Uwagi
		Tak			Nie	
		Kiedy		Rezultaty leczenia	Przyczyny	
		miesiąc	rok			

H. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY LUB RODZINY ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

Data zgłoszenia: _____

Data przeprowadzenia wywiadu: _____

_____
(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:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: ……. …….. …….. …….. ☐ 2) nie

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.

I. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Zasadność udzielenia pomocy:	
☐ 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 ☐ 16) inna – wskazać jaka:

Dodatkowe informacje:

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

J. PLAN POMOCY 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)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

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. 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 pokrewień-stwa**	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 oddzielić poziomą kreską.

C. POMOC OSOBY/RODZINY UDZIELANA OSOBIE LUB 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

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:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: ……. ……... …… ……... ☐ 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)

B. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: …….. ……... ……... ……... ☐ 2) nie

Miejscowość _____ Data _____

…… …… …… 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:	miejscowość:		
		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:	miejscowość:		
		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.

12	Aktualizacja sytuacji:
	rodzinnej
	mieszkaniowej
	zawodowej
	zdrowotnej
	innej

B. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY LUB 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)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: ……. …….. …….. …….. ☐ 2) nie

Miejscowość _____ Data _____

C. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY, WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

_____
(podpis i pieczęć kierownika)

…… …… …… 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:	miejscowość:	ulica:
		nr domu:	nr mieszkania:	telefon:
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Sytuacja rodzinna: ☐ 1) osoba samotnie gospodarująca ☐ 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną ☐ 3) inne – wskazać jakie:			
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:			
	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:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: ……. …….. …….. …….. ☐ 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 PRZYZNANIU 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:									
		telefon:											
	Adres pobytu czasowego		Zameldowanie: ☐ 1) tak ☐ 2) nie										
9	Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?												
10	Czy cudzoziemiec przebywa 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 – wskazać kogo:											

13	Formy udzielanej pomocy	☐ 1) pomoc pieniężna ☐ 2) pomoc w naturze ☐ 3) inna – wskazać jaka:
14	Wielkość udzielanej pomocy	
	Zakres udzielanej pomocy	
	Rodzaj udzielanej pomocy	

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

1	2	3			4	5	6	7	8	9	10
Lp.*	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa	Wykształcenie	Sytuacja zdrowotna	Źródła 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						

* W przypadku większej liczby osób należy powielić stronę.

B. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

1	Czy któryś z członków rodziny cudzoziemca uczęszczał na zajęcia z języka polskiego w trakcie trwania procedury o nadanie statusu uchodźcy? Jeżeli tak, wpisać: Kto: Przez jaki okres:	☐ 1) tak ☐ 2) nie
2	Znajomość języka polskiego przez: – cudzoziemca: ☐ 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 – współmałżonka cudzoziemca: ☐ 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	Czy cudzoziemiec wymaga skierowania na kurs nauki języka polskiego?	☐ 1) tak ☐ 2) nie
4	Znajomość języka polskiego przez dzieci cudzoziemca: ☐ 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	Czy dzieci cudzoziemca wymagają skierowania na kurs nauki języka polskiego? Jeżeli tak, wpisać ile dzieci:	☐ 1) tak ☐ 2) nie
6	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wymagają pomocy w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego?	☐ 1) tak ☐ 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:	☐ 1) tak ☐ 2) nie
3	Czy mieszkańcy z najbliższego otoczenia sprawiają cudzoziemcowi lub jego rodzinie kłopoty? Jeżeli tak, wpisać jakie:	☐ 1) tak ☐ 2) nie
4	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia w środowisku zamieszkania? Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:	☐ 1) tak ☐ 2) nie
5	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia wśród cudzoziemców? Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:	☐ 1) tak ☐ 2) nie

6	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wiedzą, gdzie znajdują się podstawowe instytucje, takie jak: ☐ 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 – wskazać jakie:
7	Czy dzieci cudzoziemca realizują obowiązek szkolny? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać do jakiego rodzaju szkoły i do którego oddziału uczęszczają:
8	Co sprawia najwięcej trudności w funkcjonowaniu w środowisku lokalnym?
9	Zainteresowania cudzoziemca, formy spędzania wolnego czasu:

D. SYTUACJA MIESZKANIOWA

1	Mieszkanie: ☐ 1) komunalne/kwaterunkowe ☐ 2) mieszkanie wynajęte ☐ 3) mieszkanie chronione ☐ 4) hotel ☐ 5) brak mieszkania ☐ 6) inne – wskazać jakie:
2	1) Stan utrzymania mieszkania: ☐ a) czyste, zadbane ☐ b) brudne, zaniedbane ☐ c) zdewastowane …… 2) Dostęp do mediów: a) bieżąca woda: ☐ zimna ☐ ciepła ☐ brak b) ogrzewanie: ☐ piece węglowe ☐ ogrzewanie centralne ☐ ogrzewanie centralne – gazowe ☐ ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne ☐ brak ogrzewania c) prąd: ☐ dostępny ☐ brak 3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: ☐ a) tak ☐ b) nie, brakuje: .... 4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania): ....
3	Łączne stałe (miesięczne) wydatki związane mieszkaniem – czynsz, światło, gaz itp.:
4	Czy zachodzi konieczność zapewnienia mieszkania ze strony gminy?

E. SYTUACJA ZDROWOTNA

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

F. 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? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać jakie:
5	Potwierdzenie zawodu i zatrudnienia z kraju pochodzenia – posiadane dokumenty:

G. SYTUACJA DOCHODOWA

1	Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny dysponują środkami finansowymi? Jeżeli tak, wpisać ich wielkość:	☐ 1) tak ☐ 2) nie
2	Ewentualne zasoby przywiezione z kraju pochodzenia, którymi dysponuje cudzoziemiec lub jego rodzina:	
3	Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny mają źródła dochodu? Jeżeli tak, wpisać jakie: Wielkość dochodu:	☐ 1) tak ☐ 2) nie

H. POTRZEBY I OCZEKIWANIA ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

Data zgłoszenia: .....

Data przeprowadzenia wywiadu: .....

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

_____
(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

_____
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: ……. …….. …….. …….. ☐ 2) nie

I. DIAGNOZA I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

_____
(podpis i pieczęć kierownika)

…… …… …… 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 ALBO 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:	miejscowość:	
		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:			
	rodzinna			
	mieszkaniowa			
	zawodowa			
	zdrowotna			
	majątkowa			

B. STRATY PONIESIONE W WYNIKU SYTUACJI KRYZYSOWEJ WYSTĘPUJĄCEJ NA SKALĘ MASOWĄ, A TAKŻE KLĘSKI ŻYWIOŁOWEJ BĄDŹ ZDARZENIA LOSOWEGO

C. 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)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: …………………………… …………………………………………………………………….. …………………………………………………………………….. …………………………………………………………………….. ☐ 2) nie

Miejscowość ____________________ Data ____________________

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)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

_____
(podpis i pieczęć kierownika)

…… …… …… Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

CZĘŚĆ VIII

DOTYCZY WYWIADU, O KTÓRYM MOWA W ART. 23 UST. 4E USTAWY Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH, ALBO AKTUALIZACJI WYWIADU NA PODSTAWIE ART. 23 UST. 4F TEJ USTAWY*

A. 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:	miejscowość:										
		ulica:				nr domu:		nr mieszkania:					
		telefon:	telefon najbliższej rodziny:										
		symbol terytorialny:											
7	Adres do korespondencji												

B. USTALENIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: ……. …….. …….. …….. ☐ 2) nie

Miejscowość _____ Data _____

C. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO PRZEPROWADZAJĄCEGO WYWIAD NA PODSTAWIE ART. 23 UST. 4E ALBO 4F USTAWY O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH*

Data _____

_____
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

* Właściwe zaznaczyć.

…… …… …… Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

CZĘŚĆ IX
DOTYCZY WYWIADU, O KTÓRYM MOWA W ART. 23 UST. 4AA LUB 4B USTAWY Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ALBO W ART. 15 UST. 1 LUB 2 USTAWY Z DNIA 11 LUTEGO 2016 R. O POMOCY PAŃSTWA W WYCHOWYWANIU DZIECI*

A. 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:	miejscowość:										
		ulica:				nr domu:		nr mieszkania:					
		telefon:	telefon najbliższej rodziny:										
		symbol terytorialny:											
7	Adres do korespondencji												

B. USTALENIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO WERYFIKUJĄCE WĄTPLIWOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 23 UST. 4AA USTAWY Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ALBO W ART. 15 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 LUTEGO 2016 R. O POMOCY PAŃSTWA W WYCHOWYWANIU DZIECI*

C. USTALENIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO DOKONANE NA PODSTAWIE INFORMACJI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 23 UST. 4B USTAWY Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ALBO W ART. 15 UST. 2 USTAWY Z DNIA 11 LUTEGO 2016 R. O POMOCY PAŃSTWA W WYCHOWYWANIU DZIECI*

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: …………………………… ……………………………………………………………….. ……………………………………………………………….. ……………………………………………………………….. ☐ 2) nie

Miejscowość ______________________ Data ______________________

D. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO PRZEPROWADZAJĄCEGO WYWIAD NA PODSTAWIE ART. 23 UST. 4AA LUB 4B USTAWY Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ALBO NA PODSTAWIE ART. 15 UST. 1 LUB 2 USTAWY Z DNIA 11 LUTEGO 2016 R. O POMOCY PAŃSTWA W WYCHOWYWANIU DZIECI*

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość _____ Data _____

* Właściwe zaznaczyć.