

pieczęć  
jednostki  
organizacyjnej  
pomocy społecznej

## KWESTIONARIUSZ RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO CZEŚĆ I

### Dotyczy osób ubiegających się o przyznanie świadczeń pomocy społecznej oraz dziecka kierowanego do placówki opiekuńczo-wychowawczej

#### 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) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietność 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: a) rodzina niepełna, b) rodzina wielodzietna 10) brak umiejętności w przystosowaniu się do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy 12) trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego 13) alkoholizm lub narkomania 14) zdarzenie losowe lub sytuacja kryzysowa 15) klęska żywiołowa lub 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
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
		dzień	m-c	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 niż 14 należy dołączyć dodatkową str. 2 i 3.

	7	8	9	10	11	12
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 o pomocy społecznej, wielkość i forma świadczonej lub deklarowanej pomocy:		
13	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy 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 opiekuńczo-wychowawczej	zł
		opłaty rodziców za pobyt dziecka w rodzinie zastępczej	zł
		wydatki na leki i leczenie	zł
		inne – jakie?	zł
15	Alimenty świadczone przez osobę, z którą przeprowadzany jest 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?	
	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 ?	
	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	Władza rodzicielska rodziców dziecka kierowanego do placówki opiekuńczo-wychowawczej *			
		matka	ojciec	uwagi
	pełna ograniczona pozbawienie			
9	Informacje o przebiegu nauki dziecka kierowanego do placówki opiekuńczo-wychowawczej*			
	1) osiągnięte wyniki w nauce  2) trudności w nauce  3) trudności wychowawcze w szkole			

\* Wypełnić w przypadku kierowania dziecka do placówki opiekuńczo-wychowawczej.









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

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



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 - na wniosek: 1) pracownika socjalnego, 2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)	
2	Na wniosek osoby: 1) obcej, 2) członka rodziny  Imię, nazwisko, adres i telefon oraz stopień <u>pokrewieństwa z osobą potrzebującą pomocy</u> **	

\* W przypadku gdy problem zgłasza osoba zainteresowana, nie wypełnia się.  
\*\* Wypełnia się za zgodą osoby zgłaszającej.



VIII. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

1	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy 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 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 \_\_\_\_\_

