

pieczęć ośrodka
pomocy
społecznej

CZĘŚĆ III

DOTYCZY OSÓB, O KTÓRYCH MOWA W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ (AKTUALIZACJA WYWIADU)

I. 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: | | | | | | | | | |
| | | symbol terytorialny: | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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)

II. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość _____ Data _____