

pieczęć  
ośrodka pomocy  
społecznej lub  
zakładu  
lecniczego

WZÓR

**KWESTIONARIUSZ  
RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO  
CZEŚĆ I**

**DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRYZNANIE 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:			
	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:		miejscowość:				
		ulica:			nr domu		nr mieszkania	
		telefon:						
		symbol terytorialny:						
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	Przyczyny wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy albo udzielenia pomocy z urzędu:	1) ubóstwo			10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego:			
		2) sieroctwo			a) rodzina niepełna			
		3) bezdomność			b) rodzina wielodzietna			
		4) bezrobocie			11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą			
		5) niepełnosprawność			12) trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego			
		6) długotrwała lub ciężka choroba			13) alkoholizm lub narkomania			
		7) przemoc w rodzinie			14) sytuacja kryzysowa			
		8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi			15) klęska ekologiczna			
		9) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności						

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

\*\* Niepotrzebne skreślić.

10	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		
11	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		

## 12. 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	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						

13	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:		
14	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)		zł
15	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		
16	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 LUB 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) piec węglowy 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? Jakież?	
	Jeżeli tak, to czy były lub są podejmowane próby ich rozwiązania? Jakież?	
	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 „Niebieskie 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	<p>Czy osoba/rodzina utrzymuje kontakty z krewnymi zamieszkałymi oddzielnie? <span style="float: right;">1) tak 2) nie</span></p> <p>Jeżeli tak, to z kim?</p> <p>Jak często? <span style="float: right;">1) bardzo często 2) często 3) regularnie 4) nieregularnie 5) sporadycznie</span></p> <p>Jeżeli nie, to dlaczego?</p>
8	<p>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? <span style="float: right;">1) tak 2) nie</span></p> <p>Jeżeli tak, to z jakiego rodzaju placówki? _____</p> <p>_____</p> <p>Częstotliwość kontaktów z rodziną oraz częstotliwość pobytu w domu rodzinnym dzieci przebywających w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii: _____</p> <p>_____</p> <p>Zakres współpracy rodziców ze specjalnym ośrodkiem szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodkiem wychowawczym, młodzieżowym ośrodkiem wychowawczym, młodzieżowym ośrodkiem socjoterapii lub inną placówką systemu oświaty, np. w zakresie rozwiązywania problemów edukacyjnych dzieci, wspierania rodziców w rozwiązywaniu problemów wychowawczych: _____</p> <p>_____</p> <p>Adres placówki: _____</p> <p>Czas pobytu i data zakończenia pobytu: _____</p>



9	Czy ktoś z członków rodziny przebywa lub przebywał w zakładzie karnym:			1) tak
				2) nie
	Adres: _____			
	Czas pobytu i data zakończenia pobytu: _____			
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	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	
					mies.	rok			mies.	rok

B. Objęcie w okresie ostatniego roku działaniami aktywizacji społeczno-zawodowej

Podać jaka to była instytucja i jaki był zakres aktywizacji


C. 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

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 posiada dostęp do świadczeń zdrowotnych?		1) tak 2) nie
	Jeżeli nie, to dlaczego?		
5	Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		

B. Sytuacja osób niepełnosprawnych

1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Imię i nazwisko	Rodzaj dysfunkcji	Ustalona grupa inwalidzka, stopień niepełnosprawności, 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 niepełnosprawności		wskazania do pracy  brak wskazań
				mies.	rok					

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?</p> <p>1) tak</p> <p>2) nie</p>
3	<p>Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy):</p> <hr/> <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> <hr/> <p>Jeżeli nie, to dlaczego?</p>
5	<p>Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:</p>

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

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







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 \_\_\_\_\_



## 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 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, wypełniając część 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.