pieczęć jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

CZĘŚĆ IV

DOTYCZY OSÓB LUB RODZIN KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚWIADCZEŃ 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 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	

* Niepotrzebne skreślić.

12	Aktualizacja sytuacji:
	rodzinnej
	mieszkaniowej
	zawodowej
	zdrowotnej
	innej

II. 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)

Miejscowość_____ Data _____

III. OCENA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY, WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

IV. 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 _____

V. PLAN POMOCY ZATWIERDZONY PRZEZ KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ POMOCY SPOŁECZNEJ

Data _____

_____
(podpis i pieczęć kierownika)