



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 14 maja 2021 r.

Poz. 893

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>

z dnia 8 kwietnia 2021 r.

#### w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego

Na podstawie art. 107 ust. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 i 2369 oraz z 2021 r. poz. 794 i 803) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) sposób i terminy przeprowadzania rodzinnego wywiadu środowiskowego, zwanego dalej „wywiadem”;
- 2) wzór kwestionariusza wywiadu;
- 3) wzór oświadczenia o stanie majątkowym;
- 4) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 107 ust. 5g ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”;
- 5) wzór legitymacji pracownika socjalnego.

**§ 2. 1.** Wywiad przeprowadza pracownik socjalny zatrudniony w ośrodku pomocy społecznej, centrum usług społecznych lub powiatowym centrum pomocy rodzinie, zwanych dalej „podmiotami uprawnionymi”.

2. W przypadku konieczności przeprowadzenia wywiadu z osobą przebywającą w podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711), wywiad może przeprowadzić pracownik socjalny zatrudniony w tym podmiocie – na wniosek kierownika podmiotu uprawnionego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia.

**§ 3. 1.** Wywiad przeprowadza się z osobą lub rodziną w miejscu zamieszkania lub pobytu, w dniach roboczych, w godzinach pracy podmiotu uprawnionego, albo w innym terminie uzgodnionym z osobą lub rodziną, za zgodą kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

2. Wywiad przeprowadza się w terminie 14 dni roboczych od dnia powzięcia wiadomości o konieczności jego przeprowadzenia.

3. W sprawach niecierpiących zwłoki, wymagających pilnej interwencji pracownika socjalnego zatrudnionego w podmiocie uprawnionym, wywiad przeprowadza się niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 dni roboczych od dnia powzięcia wiadomości o potrzebie przyznania świadczenia z pomocy społecznej, zwanego dalej „świadczeniem”.

---

<sup>1)</sup> Minister Rodziny i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 października 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1723).

§ 4. 1. Pracownik socjalny, przeprowadzając wywiad, bierze pod uwagę indywidualne cechy, sytuację osobistą, rodzinną, dochodową i majątkową osoby samotnie gospodarującej lub osób w rodzinie, mogące mieć wpływ na rodzaj i zakres przyznawanej im pomocy.

2. W ramach przeprowadzonego wywiadu pracownik socjalny dokonuje analizy i diagnozy sytuacji danej osoby lub rodziny i formułuje wnioski z nich wynikające, stanowiące podstawę planowania pomocy.

3. Wzór kwestionariusza wywiadu określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

4. Wzór oświadczenia o przeprowadzeniu wywiadu w postaci elektronicznej określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 5. Pracownik socjalny informuje osobę lub rodzinę o obowiązkach określonych w art. 109 ustawy.

§ 6. W przypadku gdy ze względu na stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia nie można uzyskać podczas wywiadu wymaganych informacji lub dokumentów, o których mowa w art. 107 ust. 5b ustawy, i nie ma możliwości uzyskania podpisu tej osoby, pracownik socjalny odnotowuje ten fakt w kwestionariuszu wywiadu.

§ 7. 1. W przypadku konieczności przeprowadzenia wywiadu z osobą ubezwłasnowolnioną wywiad przeprowadza się z jej opiekunem prawnym albo kuratorem, w obecności osoby ubezwłasnowolnionej i w miejscu jej przebywania.

2. W przypadku konieczności przeprowadzenia wywiadu z osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, nad którą jest sprawowana opieka, wywiad przeprowadza się w obecności opiekuna tej osoby i w miejscu jej przebywania.

3. W przypadku przeprowadzania wywiadu w związku z okolicznościami, o których mowa w art. 107 ust. 1a pkt 1 i 2 ustawy, wywiad przeprowadza się z osobą deklarującą sprawowanie faktycznej opieki nad osobą, na którą ubiega się lub pobiera świadczenie, w miejscu sprawowania tej opieki, w obecności osoby, nad którą jest sprawowana faktyczna opieka.

§ 8. W przypadku gdy małżonek, zstępni lub wstępni, o których mowa w art. 103 ustawy, mają miejsce zamieszkania w innej gminie niż osoba ubiegająca się o przyznanie świadczenia, wywiad może przeprowadzić pracownik socjalny zatrudniony w podmiocie uprawnionym, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania małżonka, zstępnych lub wstępnych, na wniosek kierownika podmiotu uprawnionego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia.

§ 9. 1. W przypadku gdy osoba, u której ma być przeprowadzona aktualizacja wywiadu, przebywa w domu pomocy społecznej, wywiad może przeprowadzić pracownik socjalny zatrudniony w tym domu, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.

2. W przypadku gdy osoba, u której ma być przeprowadzona aktualizacja wywiadu, przebywa w ośrodku wsparcia, o którym mowa w art. 51 ustawy, wywiad może przeprowadzić pracownik socjalny tego ośrodka, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.

§ 10. W przypadku osób i rodzin poszkodowanych w wyniku sytuacji kryzysowej występującej na skalę masową, a także klęski żywiołowej albo zdarzenia losowego, których dokumenty niezbędne do ustalenia sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej uległy zniszczeniu, pracownik socjalny przeprowadzający wywiad ustala niezbędne informacje na podstawie oświadczeń tych osób.

§ 11. 1. W aktach sprawy zamiast oryginałów można pozostawić kopie dokumentów, o których mowa w art. 107 ust. 5b ustawy, z wyjątkiem dowodu tożsamości, którego kopii nie wykonuje się, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez upoważnionego pracownika socjalnego podmiotu prowadzącego postępowanie.

2. Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 1, mogą być składane również w postaci elektronicznej, z adnotacją osoby składającej o zgodności z oryginałem.

§ 12. Wzór oświadczenia o stanie majątkowym określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 13. Pracownik socjalny przeprowadzający aktualizację wywiadu okazuje legitymację pracownika socjalnego na żądanie osoby lub rodziny.

§ 14. Wzór legitymacji pracownika socjalnego określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 15. Legitymacja pracownika socjalnego wydana przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowuje ważność do dnia upływu terminu jej ważności.

§ 16. Do wywiadów przeprowadzonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 17. Traci moc rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1788).

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Minister Rodziny i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2021 r. (poz. 893)

Załącznik nr 1

WZÓR

.....
.....
.....
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 <input type="checkbox"/>	
					2) nie <input type="checkbox"/>	
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	2) osób obcych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	3) organizacji samopomocowych, pozarządowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	4) kościołów lub związków wyznaniowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	5) innych instytucji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

\* 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
		Data urodzenia						
		dzień	miesiąc	rok				
Lp.	Imię i nazwisko				Płeć	Nr PESEL	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
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.

Lp.	8 Wykształcenie, wykonywany zawód	9 Miejsce pracy lub nauki (placówka i oddział)	10 Pozycja na rynku pracy	11 Sytuacja zdrowotna	12 Źródło dochodu (utrzymania)		13
					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	<p>Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu</td> <td><input type="checkbox"/> 8) hotel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe</td> <td><input type="checkbox"/> 9) barak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte</td> <td><input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione	<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej	<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel	<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak	<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania		<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:						
<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione																		
<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej																		
<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel																		
<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak																		
<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania																		
	<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:																		
2	<p>1) Stan utrzymania mieszkania:  <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane    <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane    <input type="checkbox"/> c) zdewastowane</p> <p>.....</p> <p>2) Dostęp do mediów:</p> <table border="0"> <tr> <td>a) bieżąca woda:</td> <td>b) ogrzewanie:</td> <td>c) prąd:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> zimna</td> <td><input type="checkbox"/> piece węglowe</td> <td><input type="checkbox"/> dostępny</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ciepła</td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne</td> <td><input type="checkbox"/> brak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> brak</td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> brak ogrzewania</td> <td></td> </tr> </table> <p>3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego:  <input type="checkbox"/> a) tak    <input type="checkbox"/> b) nie, brakuje: .....</p> <p>.....</p> <p>4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania):  .....  .....</p>	a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:	<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piece węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny	<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe			<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne			<input type="checkbox"/> brak ogrzewania	
a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:																	
<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piece węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny																	
<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak																	
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe																		
	<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne																		
	<input type="checkbox"/> brak ogrzewania																		
3	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="220 1137 1225 1317"> <p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc    <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze    <input type="checkbox"/> konflikty    <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie: .....</p> </td> <td data-bbox="1225 1137 1404 1317"> <p>Kogo dotyczą:</p> </td> </tr> </table>	<p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc    <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze    <input type="checkbox"/> konflikty    <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie: .....</p>	<p>Kogo dotyczą:</p>																
<p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc    <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze    <input type="checkbox"/> konflikty    <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie: .....</p>	<p>Kogo dotyczą:</p>																		
4	<p>Charakterystyka problemu (m.in. przyczyny, podjęte działania i ich efekty):</p>																		
5	<p>Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska:</p>																		



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

## D. ANALIZA SYTUACJI ZAWODOWEJ

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		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?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
4	Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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):		



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:  <input type="checkbox"/> 1) częściowo <input type="checkbox"/> 2) całkowicie	Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):



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:

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego  <input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? ..... ..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: ..... ..... ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> 2) nie
---	---	---

Informacja o zgłaszającym problem\*:

1	Z urzędu – zgłoszenie: <input type="checkbox"/> 1) pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> 2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)	
2	Na wniosek: <input type="checkbox"/> 1) osoby obcej <input type="checkbox"/> 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.





## 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 małzonka, 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:	miejsowość:	
		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 pokrewieństwa**	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 PRYZNANIE 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:

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	<input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....
		<input type="checkbox"/> 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)





.....
.....
.....
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:	miejsowość:	
		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:	miejsowość:	
		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:

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	<input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....
		<input type="checkbox"/> 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	

\_\_\_\_\_

(miejsowość 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)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP lub REGON powiatowego centrum pomocy rodzinie</p>
---

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:	mięscowość:	ulica:
		nr domu:	nr mieszkania:	telefon:
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Sytuacja rodzinna: <input type="checkbox"/> 1) osoba samotnie gospodarująca <input type="checkbox"/> 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną <input type="checkbox"/> 3) inne – wskazać jakie:			
8	Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała?			
	Rodzaj opieki		Okres przebywania	
	<input type="checkbox"/> 1) dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie			
	<input type="checkbox"/> 2) dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży			
	<input type="checkbox"/> 3) zakład poprawczy			
	<input type="checkbox"/> 4) schronisko dla nieletnich			
	<input type="checkbox"/> 5) młodzieżowy ośrodek wychowawczy			
	<input type="checkbox"/> 6) specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy			
	<input type="checkbox"/> 7) specjalny ośrodek wychowawczy			
	<input type="checkbox"/> 8) młodzieżowy ośrodek socjoterapii			
<b>Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1–8)</b>				
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? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego  <input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> 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:					
	Adres pobytu czasowego		telefon:						Zameldowanie: <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie				
9	Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?												
10	Czy cudzoziemiec przebywa w Rzeczypospolitej Polskiej											<input type="checkbox"/> 1) sam <input type="checkbox"/> 2) z rodziną	
11	Czy cudzoziemiec utrzymuje kontakt z rodziną?	<input type="checkbox"/> 1) mieszkającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> 2) mieszkającą w kraju pochodzenia <input type="checkbox"/> 3) mieszkającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ale nie w kraju pochodzenia <input type="checkbox"/> 4) nie utrzymuje kontaktu											
12	Czy cudzoziemiec korzysta z pomocy?	<input type="checkbox"/> 1) rodziny mieszkającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> 2) rodziny mieszkającej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> 3) innych grup uchodźców <input type="checkbox"/> 4) organizacji pozarządowych <input type="checkbox"/> 5) związków wyznaniowych <input type="checkbox"/> 6) innych – wskazać kogo:											

13	Formy udzielanej pomocy	<input type="checkbox"/> 1) pomoc pieniężna <input type="checkbox"/> 2) pomoc w naturze <input type="checkbox"/> 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 Lp.*	2 Imię i nazwisko	3 Data urodzenia			4 Płeć	5 Stan cywilny	6 Stopień pokrewieństwa	7 Wykształcenie	8 Sytuacja zdrowotna	9 Źródła dochodu (utrzymania)		10 wysokość
		dzień	miesiąc	rok						rodzaj		
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	<p>Czy któryś z członków rodziny cudzoziemca uczęszczał na zajęcia z języka polskiego w trakcie trwania procedury o nadanie statusu uchodźcy?</p> <p>Jeżeli tak, wpisać: Kto: _____ Przez jaki okres: _____</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
2	<p>Znajomość języka polskiego przez:</p> <p>– cudzoziemca:</p> <input type="checkbox"/> 1) nic nie rozumie <input type="checkbox"/> 2) rozumie, ale bardzo słabo <input type="checkbox"/> 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. _____, lub innym, tj. _____ <input type="checkbox"/> 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie <input type="checkbox"/> 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie <p>– współmałżonka cudzoziemca:</p> <input type="checkbox"/> 1) nic nie rozumie <input type="checkbox"/> 2) rozumie, ale bardzo słabo <input type="checkbox"/> 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. _____, lub innym, tj. _____ <input type="checkbox"/> 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie <input type="checkbox"/> 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie	
3	<p>Czy cudzoziemiec wymaga skierowania na kurs nauki języka polskiego?</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
4	<p>Znajomość języka polskiego przez dzieci cudzoziemca:</p> <input type="checkbox"/> 1) nic nie rozumie <input type="checkbox"/> 2) rozumie, ale bardzo słabo <input type="checkbox"/> 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. _____, lub innym, tj. _____ <input type="checkbox"/> 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie <input type="checkbox"/> 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie	
5	<p>Czy dzieci cudzoziemca wymagają skierowania na kurs nauki języka polskiego?</p> <p>Jeżeli tak, wpisać ile dzieci: _____</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
6	<p>Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wymagają pomocy w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego?</p>	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
3	Czy mieszkańcy z najbliższego otoczenia sprawiają cudzoziemcowi lub jego rodzinie kłopoty?  Jeżeli tak, wpisać jakie:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
4	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia w środowisku zamieszkania?  Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
5	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia wśród cudzoziemców?  Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie

6	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wiedzą, gdzie znajdują się podstawowe instytucje, takie jak: <input type="checkbox"/> 1) ośrodek pomocy społecznej <input type="checkbox"/> 2) powiatowy urząd pracy <input type="checkbox"/> 3) urząd miasta <input type="checkbox"/> 4) przychodnia / ośrodek zdrowia <input type="checkbox"/> 5) szpitalny oddział ratunkowy <input type="checkbox"/> 6) szpital <input type="checkbox"/> 7) szkoła <input type="checkbox"/> 8) policja <input type="checkbox"/> 9) inne – wskazać jakie:
7	Czy dzieci cudzoziemca realizują obowiązek szkolny? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 1) komunalne/kwaterunkowe <input type="checkbox"/> 2) mieszkanie wynajęte <input type="checkbox"/> 3) mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> 4) hotel <input type="checkbox"/> 5) brak mieszkania <input type="checkbox"/> 6) inne – wskazać jakie:
2	1) Stan utrzymania mieszkania: <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane <input type="checkbox"/> c) zdewastowane ..... 2) Dostęp do mediów: a) bieżąca woda: <input type="checkbox"/> zimna <input type="checkbox"/> ciepła <input type="checkbox"/> brak b) ogrzewanie: <input type="checkbox"/> piece węglowe <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe <input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne <input type="checkbox"/> brak ogrzewania c) prąd: <input type="checkbox"/> dostępny <input type="checkbox"/> brak 3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: <input type="checkbox"/> a) tak <input type="checkbox"/> 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	<p>Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny byli leczeni w trakcie pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy?</p> <p><input type="checkbox"/> 1) tak                      <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać kto:</p> <p>Czy wymaga dalszego leczenia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1) tak                      <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Jeżeli tak, wpisać jakiego:</p>
2	<p>Jakie problemy zdrowotne zgłaszają cudzoziemiec lub członek jego rodziny?</p>
3	<p>Czy cudzoziemiec i jego rodzina podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu?</p>
4	<p>Czy wymagają pomocy w formie opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne?</p>
5	<p>Kto opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne?</p>



## 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? <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego  <input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? ..... ..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> 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:	miejsowość:	
		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				







## 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)


















\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\* Właściwe zaznaczyć.

## WZÓR

OŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO  
W POSTACI ELEKTRONICZNEJ

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że zapoznałem(-łam) się z treścią rodzinnego wywiadu środowiskowego, oznaczonego unikalną sygnaturą, zwaną sumą kontrolną, podaną poniżej\*, przeprowadzonego ze mną w postaci elektronicznej za pomocą systemu teleinformatycznego:

–                      –                      –
---

Jednocześnie oświadczam, że podane w rodzinnym wywiadzie środowiskowym informacje są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data przeprowadzenia wywiadu: \_\_\_\_\_

Podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pracownika socjalnego  
przeprowadzającego wywiad: \_\_\_\_\_

\* Przepisać sumę kontrolną z ekranu po zatwierdzeniu wywiadu.

## WZÓR

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko) (miejscowość)

\_\_\_\_\_  
(adres)

\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM<sup>1)</sup>**

Ja, \_\_\_\_\_,  
(imię i nazwisko)

urodzony(-na) \_\_\_\_\_,  
(data i miejscowość)

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny / mój<sup>2)</sup> składają się<sup>3)</sup>:

**I. Nieruchomości:**

– Lokal mieszkalny:

nie posiadam  posiadam (wielkość w [m<sup>2</sup>], tytuł prawny):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

– Dom:

nie posiadam  posiadam (wielkość w [m<sup>2</sup>], tytuł prawny):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

– Place, działki:

nie posiadam  posiadam (powierzchnia w [m<sup>2</sup>]):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

– Gospodarstwo rolne:

nie posiadam  posiadam (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek osobisty.

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć właściwe  lub .

**II. Ruchomości:**

– Samochody:

 nie posiadam posiadam (typ, rocznik, wartość szacunkowa):

---

---

– Maszyny:

 nie posiadam posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

---

---

– Inne:

 nie posiadam posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

---

---

**III. Posiadane zasoby:**

– Pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp.):

 nie posiadam posiadam (wartość nominalna):

---

---

– Przedmioty wartościowe:

 nie posiadam posiadam (wartość szacunkowa):

---

---

**IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:**

---

---

---

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

---

(podpis)

## WZÓR LEGITYMACJI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

## 1. Opis wzoru legitymacji pracownika socjalnego:

- 1) wymiary legitymacji – 148 × 103 mm;
- 2) część zewnętrzna legitymacji:
  - okładka wykonana ze sztucznego tworzywa w kolorze grafitowym,
  - strona pierwsza – wizerunek orła w koronie według wzoru określonego dla godła Rzeczypospolitej Polskiej w kolorze srebrnym i napis „LEGITYMACJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO” w kolorze srebrnym;
- 3) część wewnętrzna legitymacji:
  - tło w kolorze jasnozielonym, napisy w kolorze czarnym,
  - strona druga (lewa) zawiera miejsce na zdjęcie o wymiarach 32 × 43 mm, numer legitymacji (kolejny numer w jednostce wydającej), dane identyfikacyjne pracownika socjalnego i jego podpis, napis „jest pracownikiem socjalnym” oraz nazwę pracodawcy wraz z miejscowością,
  - strona trzecia (prawa) zawiera napis informujący o uprawnieniach do przeprowadzania rodzinnych wywiadów środowiskowych, do korzystania z prawa pierwszeństwa przy wykonywaniu swoich zadań w urzędach, instytucjach i innych placówkach oraz do ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych, a także informację o prawie do odebrania dziecka z rodziny w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie, datę wystawienia i podpis osoby wydającej oraz informację o terminie ważności legitymacji.

## 2. Wzór legitymacji:

- 1) część zewnętrzna:



## 2) część wewnętrzna:

<div data-bbox="261 293 499 584" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>fotografia</p> <p>mp.</p> </div> <p>Legitymacja nr .....</p> <p>..... (podpis pracownika socjalnego)</p> <p>..... (imię i nazwisko)</p> <p>.....</p> <p>jest pracownikiem socjalnym</p> <p>W ..... (nazwa lub pieczęć pracodawcy)</p> <p>..... (nazwa lub pieczęć pracodawcy)</p>	<p>uprawnionym na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.) do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– przeprowadzania rodzinnych wywiadów środowiskowych,</li> <li>– korzystania z prawa pierwszeństwa przy wykonywaniu swoich zadań w urzędach, instytucjach i innych placówkach,</li> <li>– ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych.</li> </ul> <p>Na mocy art. 12a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2020 r. poz. 218, z późn. zm.) w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie pracownik socjalny wykonujący obowiązki służbowe ma prawo odebrać dziecko z rodziny i umieścić je u innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.</p> <p>..... (podpis osoby wydającej)</p> <p>Ważna na rok wystawienia: .....</p> <p>Ważność legitymacji przedłuża się na rok:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;">mp.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;">mp.</td> </tr> </table>	mp.	mp.	mp.	mp.	mp.	mp.
mp.	mp.	mp.					
mp.	mp.	mp.					