

## 138

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>

z dnia 25 stycznia 2011 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 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób przeprowadzania rodzinnego wywiadu środowiskowego, zwanego dalej „wywiadem”;
- 2) dokumenty niezbędne do ustalenia sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej;
- 3) wzór kwestionariusza wywiadu;
- 4) wzór legitymacji pracownika socjalnego;
- 5) wzór oświadczenia o stanie majątkowym.

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

2. W sprawach niecierpiących zwłoki, wymagających pilnej interwencji pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej lub powiatowego centrum pomocy rodzinie, wywiad przeprowadza się w terminie 2 dni od dnia powzięcia wiadomości o potrzebie przyznania świadczenia z pomocy społecznej, zwanego dalej „świadczeniem”.

3. Wywiad przeprowadza się w miejscu zamieszkania osoby lub rodziny albo w miejscu ich pobytu, w dniach roboczych, w godzinach pracy ośrodka pomocy społecznej lub powiatowego centrum pomocy rodzinie albo w innym terminie uzgodnionym z osobą lub rodziną, za zgodą kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

4. 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.

5. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu pracownik socjalny dokonuje analizy i oceny sytuacji danej osoby lub rodziny i formułuje wnioski z niej wynikające, stanowiące podstawę planowania pomocy.

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

§ 3. 1. Pracownik socjalny przeprowadzający wywiad okazuje legitymację pracownika socjalnego.

2. Wzór legitymacji pracownika socjalnego określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Pracownik socjalny informuje osobę lub rodzinę o obowiązkach określonych w art. 109 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”.

§ 5. W przypadku gdy o przyznanie świadczenia ubiega się osoba, do której mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.<sup>3)</sup>), i nie można, ze względu na stan jej zdrowia, uzyskać podczas wywiadu wymaganych informacji lub dokumentów, o których mowa w § 8, pracownik socjalny odnotowuje ten fakt w kwestionariuszu wywiadu.

§ 6. 1. W przypadku gdy osoba ubiegająca się o przyznanie świadczenia przebywa w zakładzie opieki zdrowotnej, kierownik ośrodka pomocy społecznej, zwany dalej „kierownikiem ośrodka”, właściwego ze względu na miejsce jej zamieszkania zwraca się do kierownika ośrodka właściwego ze względu na siedzibę danego zakładu o przeprowadzenie wywiadu.

2. Kierownik ośrodka właściwego ze względu na siedzibę danego zakładu zwraca się do dyrektora zakładu opieki zdrowotnej o przeprowadzenie wywiadu przez pracownika socjalnego zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej albo o umożliwienie przeprowadzenia wywiadu przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej.

§ 7. W przypadku gdy osoba, o której mowa w art. 103 ustawy, ma miejsce zamieszkania w innej gminie niż osoba ubiegająca się o przyznanie świadczenia, kierownik ośrodka właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia zwraca się o przeprowadzenie wywiadu do kierownika ośrodka właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, o której mowa w art. 103 ustawy.

§ 8. 1. Sytuację osobistą, rodzinną, dochodową i majątkową osoby lub rodziny ustala się na podstawie następujących dokumentów:

- 1) dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 2) skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka lub książeczki zdrowia dziecka (do wglądu);

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 202, poz. 1551, Nr 219, poz. 1706 i Nr 221, poz. 1738 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 40, poz. 229, Nr 81, poz. 527, Nr 125, poz. 842 i Nr 217, poz. 1427.

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 6, poz. 19.

- 3) dokumentów określających status cudzoziemca w Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 4) decyzji właściwego organu w sprawie renty, emerytury, świadczenia przedemerytalnego lub zasiłku przedemerytalnego, emerytury pomostowej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, uposażenia w stanie spoczynku, renty strukturalnej oraz renty socjalnej;
  - 5) orzeczenia komisji do spraw inwalidztwa i zatrudnienia wydanego przed dniem 1 września 1997 r., orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenia komisji lekarskiej;
  - 6) orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności;
  - 7) zaświadczenia pracodawcy o wysokości wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia, zawierającego informacje o wysokości potrąconej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składki na ubezpieczenie chorobowe;
  - 8) zaświadczenia o wysokości wynagrodzenia uzyskiwanego na podstawie umowy agencyjnej, umowy-zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych (usług rolniczych), zawierającego informacje o potrąconej zaliczce na podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składki na ubezpieczenie chorobowe;
  - 9) zaświadczenia pracodawcy o okresie zatrudnienia, w tym o okresach, za które były opłacane składki na ubezpieczenia społeczne, oraz o okresach nieskładkowych;
  - 10) dowodu otrzymania renty, emerytury, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, emerytury pomostowej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, uposażenia w stanie spoczynku, renty strukturalnej oraz renty socjalnej;
  - 11) zaświadczenia urzędu gminy o powierzchni gospodarstwa rolnego w hektarach przeliczeniowych;
  - 12) zaświadczenia wystawionego przez szkołę potwierdzającego kontynuowanie nauki w gimnazjum, szkole ponadgimnazjalnej lub szkole wyższej;
  - 13) decyzji starosty o uznaniu lub odmowie uznania za osobę bezrobotną, utracie statusu osoby bezrobotnej, o przyznaniu, odmowie przyznania, wstrzymaniu, wznowieniu wypłaty oraz utracie lub pozbawieniu prawa do zasiłku dla bezrobotnych, stypendium, dodatku aktywizacyjnego albo zaświadczenia powiatowego urzędu pracy o pozostawaniu w ewidencji bezrobotnych lub poszukujących pracy i przedstawionych formach aktywizacji;
  - 14) decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o ustaleniu kapitału początkowego;
  - 15) zaświadczenia Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzającego zobowiązanie do opłacania składki na ubezpieczenie społeczne rolników lub dowodu opłacenia składki na ubezpieczenie społeczne rolników;
  - 16) dowodu opłacenia składki na ubezpieczenie społeczne przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą;
  - 17) zaświadczenia, o którym mowa w art. 8 ust. 7 i 8 ustawy, wydanego przez naczelnika właściwego urzędu skarbowego;
  - 18) oświadczenia o uzyskaniu dochodu, o którym mowa w art. 8 ust. 11 i 12 ustawy;
  - 19) zaświadczenia lub decyzji organów przyznających świadczenia pieniężne;
  - 20) oświadczenia o stanie majątkowym.
2. W przypadku gdy okoliczności sprawy mające wpływ na prawo do świadczeń wymagają potwierdzenia innym dokumentem niż wymienione w ust. 1, można domagać się takiego dokumentu.
3. W aktach sprawy można pozostawić kopie dokumentów, o których mowa w ust. 1 i 2, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez pracownika socjalnego przeprowadzającego wywiad.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą być składane również w wersji elektronicznej.
5. Wzór oświadczenia o stanie majątkowym określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.
- § 9. W przypadku ustalania sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej osób lub rodzin, poszkodowanych w wyniku sytuacji kryzysowej występującej na skalę masową, a także klęski żywiołowej bądź zdarzenia losowego, pracownik socjalny przeprowadzający wywiad wypełnia część X kwestionariusza wywiadu.
- § 10. W przypadku osób i rodzin, o których mowa w § 9, których dokumenty niezbędne do ustalenia sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej uległy zniszczeniu, pracownik socjalny przeprowadzający wywiad ustala niezbędne informacje na podstawie oświadczenia tych osób.
- § 11. Druki kwestionariusza wywiadu sporządzone według wzoru określonego na podstawie dotychczasowych przepisów mogą być stosowane do czasu wyczerpania nakładu, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2011 r.
- § 12. Legitymacja pracownika socjalnego wydana przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowuje ważność do dnia upływu jej ważności.
- § 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>4)</sup>
- Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

<sup>4)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 kwietnia 2005 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. Nr 77, poz. 672 oraz z 2008 r. Nr 208, poz. 1311), które utraciło moc z dniem 2 lutego 2011 r. na podstawie art. 10 ustawy z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemoc w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 125, poz. 842).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2011 r. (poz. 138)

Załącznik nr 1

## WZÓR

pieczęć  
jednostki  
organizacyjnej  
pomocy społecznej

**KWESTIONARIUSZ  
RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO  
CZĘŚĆ 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:		miejsowość:				
		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) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietność 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: a) rodzina niepełna, b) rodzina wielodzietna 11) brak umiejętności w przystosowaniu się do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze 12) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą 13) trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego 14) alkoholizm lub narkomania 15) zdarzenie losowe lub sytuacja kryzysowa 16) 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 z dnia 12 marca 2004 r. 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) piecze 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? Jakie?	
	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.



B. 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 pierwszego kontaktu (imię, nazwisko, adres przychodni, telefon):		



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

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



## 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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pracownika socjalnego,</li> <li>2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)</li> </ol>	
2	Na wniosek osoby: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obcej,</li> <li>2) członka rodziny</li> </ol> <p>Imię, nazwisko, adres i telefon oraz stopień pokrewieństwa z osobą potrzebującą pomocy**</p>	

\* 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: \_\_\_\_\_



## OBJAŚNIENIA:

1. Kwestionariusz wywiadu wypełnia pracownik socjalny podczas przeprowadzania wywiadu.
2. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiega się po raz pierwszy o przyznanie świadczenia, wypełnia się część I kwestionariusza wywiadu.
3. Przy ustalaniu odpłatności rodziców za pobyt dzieci w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczo-wychowawczych pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie, zwanego dalej „centrum pomocy”, wypełnia część I kwestionariusza wywiadu.
4. W przypadku gdy rodzina zastępcza ubiega się po raz pierwszy o przyznanie pomocy pieniężnej na częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka umieszczonego w tej rodzinie, pracownik socjalny centrum pomocy wypełnia część VI kwestionariusza wywiadu.
5. W przypadku osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie lub pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki pracownik socjalny centrum pomocy wypełnia część VIII kwestionariusza wywiadu.
6. W przypadku osób, o których mowa w art. 103 ustawy o pomocy społecznej, wypełnia się część II kwestionariusza wywiadu, a w przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających zawarcie kolejnej umowy wypełnia się część III kwestionariusza wywiadu.
7. W przypadku zwrócenia się sądu lub starosty o wydanie opinii w celu ustanowienia rodziny zastępczej pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej, zwanego dalej „ośrodkiem pomocy”, wypełnia część V kwestionariusza wywiadu.
8. W przypadku dziecka kierowanego do placówki opiekuńczo-wychowawczej pracownik socjalny ośrodka pomocy wypełnia część I kwestionariusza wywiadu.
9. W przypadku dokonywania oceny sytuacji opiekuńczo-wychowawczej dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej pracownik socjalny centrum pomocy wypełnia część VII kwestionariusza wywiadu.
10. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiega się po raz kolejny o przyznanie świadczenia, a także gdy nastąpiła zmiana danych zawartych w części I wywiadu, wypełnia się część IV kwestionariusza wywiadu.
11. W przypadku osoby lub rodziny korzystających ze stałych form pomocy aktualizację sporządza się nie rzadziej niż co 6 miesięcy, pomimo braku zmiany danych, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.
12. W przypadku osoby skierowanej do ośrodka wsparcia wywiad aktualizuje się, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.
13. W przypadku gdy cudzoziemiec ubiega się o świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie kosztów wydatków związanych z nauką języka polskiego, pracownik socjalny centrum pomocy wypełnia część IX kwestionariusza wywiadu.

pieczęć ośrodka pomocy społecznej
---

CZĘŚĆ II  
DOTYCZY OSÓB, O KTÓRYCH MOWA  
W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 r.  
O POMOCY SPOŁECZNEJ

I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
6	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej)			
7	Dochód na osobę w rodzinie			
8	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy o pomocy społecznej)			
9	Obciążenia finansowe rodziny (stałe – np. czynsz, opłaty za dom pomocy społecznej, internat, bursę; okresowe – np. spłata zadłużenia; jednorazowe – np. remont mieszkania)			
10	Dane osoby lub rodziny ubiegającej się o przyznanie świadczenia (imię, nazwisko, adres zamieszkania):			

## II. INFORMACJE O CZŁONKACH RODZINY I INNYCH OSOBACH WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH

1 Lp.	2 Imię i nazwisko	3 Data urodzenia			4 Płeć	5 Stan cywilny	6 Stopień pokrewieństwa**	7 Miejsce pracy lub nauki (szkoła, przedszkole)	8 Źródło dochodu (utrzymania)		9
		dzień	m-c	rok					rodzaj	wysokość	
1*											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											

\* Należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad.

\*\* W stosunku do osoby, z którą przeprowadzono wywiad.

Uwaga: Oddzielne gospodarstwo domowe należy odznaczyć poziomą kreską.

III. POMOC OSOBY/RODZINY UDZIELANA OSOBIE/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

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby, z którą  
przeprowadzono wywiad)

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

IV. OSOBA, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, WSKAZAŁA INNE OSOBY, O KTÓRYCH MOWA W ART. 103 USTAWY O POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko	adres	telefon

V. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO


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

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

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	kod pocztowy:			miejscowość:						
		ulica:				nr domu:			nr mieszkania:		
		telefon:									
		symbol terytorialny:									
7	Dane osoby lub rodziny, na rzecz której świadczona jest 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: \_\_\_\_\_



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 tożsamość	dokumentu potwierdzającego									
5	Nr PESEL										
6	Adres	kod pocztowy:			miejsowość:						
		ulica:				nr domu:			nr mieszkania:		
		telefon:			telefon najbliższej rodziny:						
		symbol terytorialny:									

7	Dotychczas otrzymywane świadczenia – na podstawie ostatniej decyzji										
8	Aktualna łączna wysokość dochodu (zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej)										
9	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie										
10	Aktualizacja sytuacji:										
	rodzinnej										
	mieszkaniowej										
	zawodowej										
	zdrowotnej										
	pozostałej										

## II. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY/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: \_\_\_\_\_



## IV. 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: \_\_\_\_\_



pieczęć  
ośrodka pomocy  
społecznej

CZĘŚĆ V  
DOTYCZY OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA  
FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

I. DANE OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ,  
Z KTÓRYMI PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres pobytu stałego	kod pocztowy:	miejsowość:	
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
6	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej są spokrewnione z dzieckiem przyjmowanym do rodziny zastępczej? 1) tak 2) nie			
	Jeżeli tak, to jaki jest stopień pokrewieństwa przyjmowanego dziecka z osobami zgłaszającymi gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej?			
7	Czy osoba/rodzina wcześniej ubiegała się o pełnienie funkcji rodziny zastępczej? 1) tak 2) nie			
	Jeżeli tak, to kiedy i z jakim skutkiem?			
8	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej wychowują już inne dzieci jako rodzina zastępcza? 1) tak 2) nie			
	Jeżeli tak, to:			
	1) ile dzieci jest już umieszczonych w rodzinie zastępczej			
	2) czy są to dzieci spokrewnione czy niespokrewnione z osobami zgłaszającymi gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej			
	3) czy rodzina jest zawodową niespokrewnioną z dzieckiem rodziną zastępczą: a) wielodzietną, b) specjalistyczną, c) o charakterze pogotowia rodzinnego			

## II. INFORMACJA O CZŁONKACH RODZINY

1 Lp.	2 Imię i nazwisko	3 Data urodzenia			4 Płeć	5 Stan cywilny	6 Stopień pokrewień- stwa**	7 Wykształcenie/ zawód wykonywany	8 Miejsce pracy lub nauki (szkoła, przedszkole)	9 Sytuacja zdrowotna	10 Źródła dochodu (utrzymania)	
		dzień	m-c	rok							rodzaj	wysokość
1*												
2*												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

\* Osoba zgłaszająca gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

\*\* W stosunku do osoby zgłaszającej gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

## III. SYTUACJA MATERIALNA OSOBY/RODZINY

1	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej)		
2	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
		wydatki na leki i leczenie	zł
inne – jakie?	zł		
3	Alimenty świadczone przez osobę/członka rodziny, 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

## IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY/RODZINY

1	Mieszkanie:		
	1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego 3) własność lokalu/ domu jednorodzinnego 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		
2	Liczba izb	3. Oddzielna kuchnia:	1) tak 2) nie
4	Piętro	5. Winda:	1) tak 2) nie



6	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
7	Stan utrzymania mieszkania:			
			1) czyste, zadbane 2) brudne, zaniedbane 3) zdevastowane	
8	W jakie sprzęty gospodarstwa domowego wyposażone jest mieszkanie:			
	1) kuchnia węglowa 2) kuchnia gazowa 3) kuchnia elektryczna 4) piekarnik 5) kuchnia mikrofalowa 6) zmywarka 7) lodówka 8) zamrażarka 9) pralka wirnikowa 10) pralka automatyczna 11) odkurzacz 12) inne – jakie?			
9	Czy rodzina posiada:	5) odtwarzacz płyt CD	Czy rodzina regularnie czytuje prasę:	
	1) radioodbiornik 2) telewizor 3) magnetowid 4) magnetofon	6) komputer 7) dostęp do internetu 8) księgozbiór		1) codzienną 2) tygodniki 3) miesięczniki
10	Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb przyjmowanego dziecka:		1) tak 2) nie	
11	Czy dla dziecka przewidziane są:	osobny pokój	1) tak 2) nie	
		samodzielne łóżko	1) tak 2) nie	
		miejsce do zabawy	1) tak 2) nie	
		miejsce do nauki	1) tak 2) nie	
12	Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do przyjęcia dziecka w wieku 0–3 lat?		1) tak 2) nie	
13	Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do potrzeb dziecka niepełnosprawnego?		1) tak 2) nie	

## V. SYTUACJA ZDROWOTNA RODZINY

1	Jakie choroby somatyczne występują w rodzinie?
2	Czy z rodziną zamieszkują osoby niepełnosprawne, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi? 1) tak                      2) nie Jakiego rodzaju jest to niepełnosprawność?
3	Czy z rodziną zamieszkują osoby uzależnione od alkoholu? 1) tak                      2) nie
4	Czy z rodziną zamieszkują osoby uzależnione od środków odurzających? 1) tak                      2) nie

## VI. SYTUACJA RODZINNA

1	Jaki jest stosunek własnych dzieci do przyjęcia nowego członka rodziny?			UWAGI
	Wiek / płeć	Czy zamieszkuje wspólnie? 1) tak 2) nie (jeżeli nie, należy podać adres)	Jaki jest jego stosunek do przyjęcia nowego członka rodziny?*	
			1) pozytywny 2) obojętny 3) niechętny 4) zdecydowanie przeciwny	

\* Wpisać właściwe.

2	Jaki jest stosunek rodziców osób zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej do przyjęcia nowego członka rodziny?					
	Stopień pokrewieństwa z osobami zgłaszającymi gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej	Wiek/ płeć	Czy zamieszkuje wspólnie?	Jaki jest jego stosunek do przyjęcia nowego członka rodziny* 1) pozytywny 2) obojętny 3) niechętny 4) zdecydowanie przeciwny	UWAGI	
			1) tak 2) nie (jeżeli nie, należy podać adres)			
3	Czy osoba/rodzina utrzymuje kontakty z innymi członkami rodziny zamieszkałymi oddzielnie:			1) tak 2) nie		
	Jeżeli tak, to jakiego rodzaju są to kontakty i jak częste?					
4	Czy rodzina poinformowała o swojej decyzji przyjęcia dziecka innych krewnych oraz znajomych i jaki jest ich stosunek do tego faktu?					
5	Jak najlepiej nagradzać dziecko za dobre zachowanie?					
	Jakie kary należy stosować wobec dziecka stwarzającego problemy wychowawcze?					
6	Czy w rodzinie występowały problemy wychowawcze z dziećmi wychowywanymi dotychczas? Jeżeli tak, to jakie i w jaki sposób zostały rozwiązane?					

\* Wpisać właściwie.

7	Czy wobec któregoś z członków rodziny toczy się postępowanie karne w sprawie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego (podać, wobec kogo i jakie przestępstwo) lub czy ktoś z członków rodziny odbywa lub odbywał karę pozbawienia wolności?	
8	Czy któryś z członków rodziny przebywa lub przebywał w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym? (podać kto, kiedy i gdzie)	
9	Czy któreś z dzieci w rodzinie przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej? (podać kto, kiedy i gdzie)	
10	Jaki jest preferowany sposób spędzania wolnego czasu?	
	Dorośli	Dzieci
11	Jakie zainteresowania mają poszczególni członkowie rodziny?	
	Dorośli	Dzieci
12	Jakie są ulubione dyscypliny sportowe poszczególnych członków rodziny?	
	Dorośli	Dzieci
13	Czy w domu hodowane są zwierzęta domowe? Jeśli tak, to jakie i kto się nimi opiekuje?	

## VII. INFORMACJE O GOTOWOŚCI OSÓB DO PRZYJĘCIA DZIECKA

1	Czym kierowały się osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu dziecka do rodziny?
2	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej odbyły szkolenie dla rodzin zastępczych: <p style="text-align: right;">1) tak                                  2) nie</p>
3	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej znają obowiązujące przepisy prawne dotyczące rodzin zastępczych? <p style="text-align: right;">1) tak                                  2) nie</p>
4	W jaki sposób rodzina planuje zorganizować opiekę nad przyjmowanym dzieckiem, a w szczególności: 1) Kto będzie zajmował się dzieckiem w czasie pracy opiekunów?  2) Jak zostanie zorganizowana opieka nad dzieckiem w czasie choroby?  3) Czy rodzina jest w stanie zapewnić dziecku wypoczynek wakacyjny?  4) Jak będzie organizowany czas wolny dziecka?  5) Inne
5	Czy rodzina wie, gdzie może szukać pomocy w przypadku wystąpienia trudności w pełnieniu funkcji rodziny zastępczej?

## VIII. SYTUACJA ZAWODOWA RODZINY

Informacje o zatrudnieniu osób zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej					
Imię i nazwisko	Pracuje	Miejsce pracy (nazwa i adres zakładu pracy, stanowisko)	Godziny pracy	Nr telefonu służbowego	UWAGI
	1) tak 2) nie				

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis osoby/osób,  
z którą/którymi przeprowadzono  
wywiad)

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

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

**IX. OCENA SYTUACJI OSOBY/RODZINY, OPINIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO\***


Data zgłoszenia: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
(podpis pracownika socjalnego)

\* Należy ocenić, czy warunki mieszkaniowe, zdrowotne, sytuacja rodzinna i materialna dają podstawę do wydania osobom zgłaszającym gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej opinii pod kątem możliwości wychowywania dziecka. Opinia powinna zawierać istotne argumenty wraz z uzasadnieniem.

pieczęć powiatowego centrum pomocy rodzinie
--

CZEŚĆ VI  
DOTYCZY RODZINY ZASTĘPCZEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O PRYZNANIE POMOCY PIENIĘŻNEJ NA CZĘŚCIOWE POKRYCIE  
KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA

I. DANE OSÓB PEŁNIĄCYCH FUNKCJĘ RODZINY ZASTĘPCZEJ, Z KTÓRYMI PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres	kod pocztowy:	miejsowość:	
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		

6	Rodzina zastępcza:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) spokrewniona z dzieckiem</li> <li>2) niespokrewniona z dzieckiem</li> <li>3) zawodowa niespokrewniona z dzieckiem wielodzietna</li> <li>4) zawodowa niespokrewniona z dzieckiem specjalistyczna: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dla dziecka niedostosowanego społecznie</li> <li>- dla dziecka z różnymi dysfunkcjami lub problemami zdrowotnymi wymagającymi szczególnej opieki i pielęgnacji</li> </ul> </li> <li>5) zawodowa niespokrewniona z dzieckiem o charakterze pogotowia rodzinnego</li> </ol>
	Liczba dzieci umieszczonych w rodzinie zastępczej	
7	Kto i kiedy przeprowadził rodzinny wywiad środowiskowy w celu wydania opinii o osobie zgłaszającej gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej?	



## II. INFORMACJE O CZŁONKACH RODZINY ZASTĘPCZEJ\*

1 Lp.	2 Imię i nazwisko	3 Data urodzenia			4 Płeć	5 Stan cywilny	6 Stopień pokrewieństwa***	7 Wykształcenie, wykonywany zawód	8 Miejsce pracy lub nauki (szkoła klasa), przedszkole (grupa)	9 UWAGI
		dzień	m-c	rok						
1**										
2**										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

\* W tabeli umieszcza się wszystkich członków rodziny łącznie z dziećmi umieszczonymi w rodzinie zastępczej.

\*\* Osoba pełniąca funkcję rodziny zastępczej.

\*\*\* W stosunku do osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej.

## III. INFORMACJE O DZIECKU UMIESZCZONYM W RODZINIE ZASTĘPCZEJ\*

1	Imię i nazwisko dziecka:
2	Od kiedy dziecko przebywa w rodzinie zastępczej: 1) data uprawomocnienia się orzeczenia sądu o ustanowieniu rodziny zastępczej: 2) data faktycznego umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej:
3	Wiek dziecka w chwili umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej:
4	Czy dziecko zostało umieszczone w rodzinie zastępczej na podstawie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich: 1) tak                  2) nie
5	Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności: 1) tak                  2) nie Na jaki okres zostało wydane orzeczenie? od                                  do
6	Jakie są niezbędne potrzeby dziecka przyjmowanego do rodziny zastępczej?
7	Dotychczas otrzymywana pomoc pieniężna na częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka – na podstawie ostatniej decyzji:

\* Punkty III–V wypełnia się dla każdego dziecka oddzielnie.

8	Dochód dziecka (zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej):	
	1) renta rodzinna	
	2) dodatek dla sierot zupełnych	
	3) otrzymywane alimenty	
	4) dochody uzyskiwane z majątku dziecka	
	Łączny dochód dziecka	
	Kwota stanowiąca 50 % dochodu dziecka	

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

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

#### IV. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO


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

#### V. INFORMACJA O DECYZJI O PRYZYCNANIU POMOCY PIENIĘŻNEJ


\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć kierownika  
powiatowego centrum pomocy rodzinie)

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

pieczęć powiatowego centrum pomocy rodzinie
--

CZĘŚĆ VII  
DOTYCZY OCENY SYTUACJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ  
DZIECKA UMIESZCZONEGO W RODZINIE ZASTĘPCZEJ

I. DANE OSÓB PEŁNIĄCYCH FUNKCJĘ RODZINY ZASTĘPCZEJ, Z KTÓRYMI PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię		
2	Nazwisko		
3	Data urodzenia		
4	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość		
5	Nr PESEL		
6	Adres	kod pocztowy:	miejsowość:
		ulica:	nr domu:                      nr mieszkania:
		telefon:	
		symbol terytorialny:	

7	Czy rodzina odbyła szkolenie dla rodzin zastępczych:	1) tak	2) nie
	Kto i kiedy przeprowadził szkolenie?		
8	Gdzie dziecko przebywało przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej (dokładny adres)?		
9	Zmiana sytuacji rodziny zastępczej w stosunku do sytuacji tej rodziny ustalonej przy wydawaniu opinii w celu jej ustanowienia		
	rodzinnej:		
	mieszkaniowej:		
	zdrowotnej:		
	zawodowej:		

## II. OPIS SYTUACJI DZIECKA UMIESZCZONEGO W RODZINIE ZASTĘPCZEJ\*

1	Dane dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej						
	Imię						
	Nazwisko						
Data urodzenia							
2	Informacje o rodzicach dziecka						
			Matka		Ojciec		
1) imię							
2) nazwisko							
3) informacja o władzy rodzicielskiej							
4) czy płaci alimenty							
5) aktualny adres							
3	Czy dziecko utrzymuje kontakty z rodzicami lub innymi członkami rodziny?						
	Z matką		Z ojcem		Z innymi członkami rodziny		
	tak		tak		1) z siostrą 2) z bratem 3) z babcią 4) z dziadkiem 5) z innymi – z kim		
nie, ponieważ		nie, ponieważ					
1) sąd zabronił kontaktów		1) sąd zabronił kontaktów					
2) matka nie chce utrzymywać kontaktów		2) ojciec nie chce utrzymywać kontaktów					
3) dziecko nie chce kontaktów z matką		3) dziecko nie chce kontaktów z ojcem					
4) nieznane jest miejsce pobytu matki		4) nieznane jest miejsce pobytu ojca					
5) inne przyczyny - jakie		5) inne przyczyny - jakie					
4	Informacja o rodzeństwie dziecka						
	Lp.	Imię, nazwisko, adres	Wiek	Czy jest to rodzeństwo przyrodnie?	Uczy się/ pracuje/ nie pracuje	Sytuacja zdrowotna	Uwagi

\* Punkt II wypełnia się oddzielnie dla każdego dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej.



III. OPIS TRUDNOŚCI W WYPEŁNIANIU FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

1	Trudności zgłaszane przez rodzinę zastępczą
2	<p>Spostrzeżenia pracownika socjalnego, w szczególności w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) trudności wychowawczych z dzieckiem (nauka, kontakty z rówieśnikami, stosunek do dorosłych itp.)</li> <li>2) wzajemnych relacji między członkami rodziny zastępczej</li> <li>3) innych trudności występujących w rodzinie zastępczej</li> </ul>
3	Działania mające na celu przezwyciężenie występujących trudności

\_\_\_\_\_ (data i podpisy osób, z którymi przeprowadzono wywiad)

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

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## IV. OCENA SYTUACJI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ DZIECKA UMIESZCZONEGO W RODZINIE ZASTĘPCZEJ


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

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



pieczęć  
powiatowego  
centrum pomocy  
rodzinie

CZĘŚĆ VIII  
DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O POMOC  
PIENIĘŻNĄ NA USAMODZIELNIENIE, POMOC PIENIĘŻNĄ  
NA KONTYNUOWANIE NAUKI\*

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	kod pocztowy:	miejscowość:					ulica:				
		nr domu:	nr mieszkania:			telefon:						
		symbol terytorialny:										
7	Sytuacja rodzinna: 1) osoba samotnie gospodarująca 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną 3) inne											
8	Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała?											
	Rodzaj opieki						Okres przebywania					
	1. Rodzina zastępcza											
	2. Placówka opiekuńczo-wychowawcza: a) placówka interwencyjna b) placówka rodzinna c) placówka socjalizacyjna											
	3. Dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie											
	4. Dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży											
	5. Zakład poprawczy											
	6. Schronisko dla nieletnich											
	7. Młodzieżowy ośrodek wychowawczy											
	8. Specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy											
	9. Specjalny ośrodek wychowawczy											
	10. Młodzieżowy ośrodek socjoterapii											
<b>Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1–10)</b>												
Ostatnie miejsce pobytu przed usamodzielnieniem (miejsce zamieszkania rodziny zastępczej, w której osoba osiągnęła pełnoletność, lub 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											
						1) tak		2) nie				

\* Należy dołączyć kopię programu usamodzielnienia.

10	Typ szkoły:		
	Klasa / rok studiów		Semestr
11	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej)		
12	Dochód na osobę w rodzinie		
13	Kryterium dochodowe dla danej osoby / rodziny (wynikające z art. 8 ustawy o pomocy społecznej)		

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

\_\_\_\_\_  
(data i podpis osoby, z którą  
przeprowadzono wywiad)

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## II. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

1	Wysokość pomocy pieniężnej na usamodzielnienie:
2	Wysokość pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki:

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

## III. INFORMACJA O DECYZJI O PRYZYCNANIU POMOCY


\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć kierownika  
powiatowego centrum pomocy rodzinie)

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

pieczęć  
powiatowego centrum  
pomocy rodzinie

CZEŚĆ IX  
DOTYCZY CUDZOZIEMCÓW, KTÓRZY UZYSKALI  
W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ STATUS UCHODźCY  
LUB OCHRONĘ UZUPEŁNIAJĄCĄ

I. 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:			miejsowość:							
		ulica:			nr domu:				nr mieszkania:			
		telefon:										
	Adres pobytu czasowego										Zameldowanie: 1) tak 2) nie	
9	Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?											
10	Czy cudzoziemiec jest w Rzeczypospolitej Polskiej?											1) sam 2) z rodziną
11	Czy cudzoziemiec utrzymuje kontakt z rodziną?	1) mieszkającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 2) mieszkającą w kraju pochodzenia 3) mieszkającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ale nie w kraju pochodzenia 4) nie utrzymuje kontaktu										

12	Czy cudzoziemiec korzysta z pomocy?	1) rodziny mieszkającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 2) rodziny mieszkającej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej 3) innych grup uchodźców 4) organizacji pozarządowych 5) związków wyznaniowych 6) innych (kogo?)
13	Formy udzielanej pomocy	1) pomoc pieniężna 2) pomoc w naturze 3) inna (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 Źródło dochodu (utrzymania)		10 wysokość
		dzień	m-c	rok						rodzaj	wysokość	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

\* W przypadku większej liczby osób należy powielić stronę.

## II. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

1	<p>Czy i kto z członków rodziny cudzoziemca uczęszczał na zajęcia z języka polskiego organizowane w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy?</p> <p>Przez jaki okres?</p>
2	<p>Znajomość języka polskiego przez:</p> <p>- cudzoziemca:</p> <p>a) nic nie rozumie  b) rozumie, ale bardzo słabo  c) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. ...., lub innym, tj. ....  d) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie  e) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie</p> <p>- współmałżonka cudzoziemca:</p> <p>a) nic nie rozumie  b) rozumie, ale bardzo słabo  c) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. ...., lub innym, tj. ....  d) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie  e) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie</p>
3	<p>Czy cudzoziemiec wymaga skierowania na kurs nauki języka polskiego?</p> <p style="text-align: right;">1) tak 2) nie</p>
4	<p>Znajomość języka polskiego przez dzieci cudzoziemca:</p> <p>a) nic nie rozumie  b) rozumie, ale bardzo słabo  c) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. ...., lub innym, tj. ....  d) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie  e) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie</p>
5	<p>Czy dzieci cudzoziemca wymagają skierowania na kurs nauki języka polskiego?</p> <p style="text-align: right;">1) tak 2) nie</p> <p>Jeśli tak – to ile dzieci?</p>
6	<p>Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wymagają pomocy w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego?</p> <p style="text-align: right;">1) tak 2) nie</p>

### III. 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?  Jakich?
3	Czy mieszkańcy z najbliższego otoczenia sprawiają cudzoziemcowi lub jego rodzinie kłopoty?  Jakie?
4	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina ma grupę wsparcia w środowisku zamieszkania?  Rodzaj wsparcia:
5	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina ma grupę wsparcia wśród cudzoziemców?



	Rodzaj wsparcia:
6	<p>Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wie, gdzie znajdują się podstawowe instytucje, takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) ośrodek pomocy społecznej</li><li>b) powiatowy urząd pracy</li><li>c) urząd miasta</li><li>d) przychodnia zdrowia</li><li>e) pogotowie ratunkowe</li><li>f) szpital</li><li>g) szkoła</li><li>h) policja</li><li>i) inne – (jakie?)</li></ul>
7	<p>Czy dzieci cudzoziemca realizują obowiązek szkolny?</p> <p>Do jakiego rodzaju szkoły i do której klasy uczęszczają?</p>
8	Co sprawia najczęściej trudności w funkcjonowaniu w środowisku lokalnym?
9	Zainteresowania cudzoziemca, formy spędzania wolnego czasu:

## IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA

1	Mieszkanie:	1) komunalne/kwaterunkowe 2) mieszkanie wynajęte 3) mieszkanie chronione 4) hotel 5) brak mieszkania 6) inne (jakie)
2	Liczba izb	3. Oddzielna kuchnia: 1) tak 2) nie
4	Piętro	5. Winda: 1) tak 2) nie
6	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) piecze 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
7	Stan utrzymania mieszkania:	1) czyste, zadbane 2) brudne, zaniedbane 3) zdewastowane
8	Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego?	1) tak 2) nie
	Jeżeli nie, to wymienić, jakich sprzętów brakuje:	
9	Liczba miejsc do spania	
10	Łączne stałe (miesięczne) wydatki związane mieszkaniem – czynsz, światło, gaz itp.:	
11	Czy zachodzi konieczność zapewnienia mieszkania ze strony gminy?	

## V. SYTUACJA ZDROWOTNA

1	Czy cudzoziemiec lub członek rodziny był leczony w trakcie pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy? 1) tak                                2) nie
	Jeśli tak, to kto?
	Czy wymaga dalszego leczenia? 1) tak                                2) nie
	Jeśli tak, to jakiego?
2	Jakie problemy zdrowotne zgłasza cudzoziemiec lub członek rodziny?
3	Czy cudzoziemiec i jego rodzina podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu?
4	Czy wymagają pomocy w formie opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne?
5	Kto opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne?

## VI. SYTUACJA ZAWODOWA

1	Czy cudzoziemiec lub członek rodziny ma 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 rodziny otrzymał propozycję pracy z powiatowego urzędu pracy?
4	Czy cudzoziemiec podejmie inne prace, w tym np. jako wolontariusz?  Jakie?
5	Potwierdzenie zawodu i zatrudnienia z kraju pochodzenia – posiadane dokumenty:

### VII. SYTUACJA DOCHODOWA

1	Czy cudzoziemiec lub członkowie rodziny dysponują środkami finansowymi – ich wielkość?
2	Ewentualne zasoby przywiezione z kraju pochodzenia, którymi dysponuje cudzoziemiec lub jego rodzina:
3	Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny mają źródła dochodu?  Jakie? Podać wielkość dochodu:

### VIII. POTRZEBY I OCZEKIWANIA ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU


Data zgłoszenia: .....  
Data przeprowadzenia wywiadu: .....

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)



## X. 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:			
a) cudzoziemca	wysokość	od	do
b) członków rodziny	wysokość	od	do
Poradnictwo specjalistyczne			
Rodzaj i zakres:			
Praca socjalna			

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)





pieczęć ośrodka  
pomocy społecznej

## CZĘŚĆ X

# DOTYCZY OSÓB I RODZIN POSZKODOWANYCH W WYNIKU SYTUACJI KRYZYSOWEJ WYSTĘPUJĄCEJ NA SKALĘ MASOWĄ, A TAKŻE KLĘSKI ŻYWIŁOWEJ BĄDŹ ZDARZENIA LOSOWEGO

### I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię											
2	Nazwisko											
3	Data urodzenia	dzień			miesiąc			rok				
4	Seria i nr tożsamość	dokumentu potwierdzającego										
5	Nr PESEL											
6	Adres zamieszkania	kod pocztowy:			miejsowość:							
		ulica:					nr domu:		nr miesz- kania:			
		telefon:			telefon najbliższej rodziny:							
		symbol terytorialny:										

7	Dotychczas otrzymywane świadczenia:      tak / nie											
	Jeśli tak, to jakie?											
8	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie / liczba osób w rodzinie											
9	Aktualna sytuacja											
	rodzinna:											
	mieszkaniowa:											
	zawodowa:											
	zdrowotna:											
majątkowa:												





## IV. 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: \_\_\_\_\_



WZÓR  
LEGITYMACJI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

*Część zewnętrzna*

<p><b>Art. 105</b> 1. Sądy, organy i jednostki organizacyjne są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni, udostępnić lub udzielić na wniosek pracownika socjalnego odpowiednich informacji, które mają znaczenie dla rozstrzygnięcia o przyznaniu lub wysokości świadczeń z pomocy społecznej.</p> <p><b>Art. 121</b> 1. Pracownik socjalny korzysta z prawa pierwszeństwa przy wykonywaniu swoich zadań w urzędach, instytucjach i innych placówkach. Organy są obowiązane do udzielania pracownikowi socjalnemu pomocy w zakresie wykonywania tych czynności. 2. Pracownikowi socjalnemu przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych. - art. 105 ust. 1 i art. 121 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, ze zm.).</p>	<p>(pieczęć jednostki wydającej)</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin: 20px 0;">LEGITYMACJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO</p> <p style="font-weight: bold; margin: 20px 0;">nr .....</p>
--	---

*Część wewnętrzna*

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin-bottom: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Fotografia</p> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <p>mp.</p> </div> <p>..... (podpis pracownika socjalnego)</p> </div> <p>..... (imię i nazwisko)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">jest pracownikiem socjalnym</p> <p><b>W</b> ..... (nazwa pracodawcy)</p> <p><b>W</b> ..... (miejscowość)</p>	<p>uprawnionym do przeprowadzania rodzinnych wywiadów środowiskowych oraz podejmowania działań mających na celu ustalenie uprawnień osób i rodzin do świadczeń pomocy społecznej przewidzianych ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.</p> <p>..... (data i podpis osoby wydającej)</p> <p>Ważna na rok wystawienia .....</p> <p>Ważność legitymacji przedłuża się na rok:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</td> </tr> </table>	mp.	mp.	mp.	mp.	mp.	mp.
mp.	mp.	mp.					
mp.	mp.	mp.					

### Opis legitymacji pracownika socjalnego

Legitymacja ma formę 4-stronicowego tekturowego, o gramaturze 200, dokumentu o wymiarach 148 x 103 mm w kolorze jasnozielonym. Strona pierwsza zawiera pieczęć jednostki wydającej oraz centralnie umieszczony napis „LEGITYMACJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO nr ...”, który jest kolejnym numerem legitymacji w jednostce wydającej. Strona druga zawiera miejsce na zdjęcie o wymiarach 32 x 43 mm, dane identyfikacyjne pracownika socjalnego oraz podpis, napis „jest pracownikiem socjalnym” oraz nazwę pracodawcy wraz z miejscowością. Strona trzecia zawiera napis informujący o uprawnieniu do przeprowadzania rodzinnych wywiadów środowiskowych, datę i podpis osoby wydającej oraz informację o terminie ważności legitymacji. Strona czwarta zawiera treść art. 105 ust. 1 i art. 121 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.) o uprawnieniach przysługujących pracownikowi socjalnemu. Napisy na wszystkich stronach otoczone są ramką o wymiarach 95 x 65 mm. Napisy oraz ramka są w kolorze czarnym.

WZÓR

..... dnia .....  
(miejsowość)

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(adres)

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

Ja, ....., urodzona/y .....  
(imię i nazwisko) (data i miejscowość)

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

I. Nieruchomości:

— lokal mieszkalny — wielkość (w m<sup>2</sup>), charakter własności

.....  
.....  
.....,

— dom (wielkość (w m<sup>2</sup>))

.....  
.....  
.....,

— place, działki (powierzchnia (w m<sup>2</sup>))

.....  
.....  
.....,

— gospodarstwo rolne (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych)

.....  
.....  
.....,

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

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić.



II. Ruchomości:

– samochody (typ, rocznik, wartość szacunkowa)

.....  
.....  
.....,

– maszyny (rodzaj, wartość szacunkowa)

.....  
.....  
.....,

– inne (rodzaj, wartość szacunkowa)

.....  
.....  
.....,

III. Posiadane zasoby:

– pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp. – wartość nominalna)

.....  
.....  
.....,

– przedmioty wartościowe (wartość szacunkowa)

.....  
.....  
.....,

IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

.....  
.....  
.....  
.....

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....  
(podpis)