Fundusze Europejskie dla Opolskiego | Dofinansowane przez Unię Europejską | OPOLSKIE

…… …… …… Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

Załącznik nr 6

KWESTIONARIUSZ RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

CZ. I

Projekt: „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja" realizowany w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027, Oś priorytetowa VII - Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa

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 ☐ 2) nie ☐			
	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	☐	☐	☐				
	2) osób obcych	☐	☐	☐				
	3) organizacji samopomocowych, pozarządowych	☐	☐	☐				
	4) kościołów lub związków wyznaniowych	☐	☐	☐				
	5) innych instytucji	☐	☐	☐				

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

	8	9	10	11	12	13
Lp.	Wykształcenie, wykonywany zawód	Miejsce pracy lub nauki (placówka i oddział)	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						

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 Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem):

- ☐ 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 – wskazać jakie:

2 1) Stan utrzymania mieszkania:

☐ a) czyste, zadbane ☐ b) brudne, zaniedbane ☐ c) zdewastowane

……

2) Dostęp do mediów:

a) bieżąca woda:
- ☐ zimna
- ☐ ciepła
- ☐ brak

b) ogrzewanie:
- ☐ piece węglowe
- ☐ ogrzewanie centralne
- ☐ ogrzewanie centralne – gazowe
- ☐ ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne
- ☐ brak ogrzewania

c) prąd:
- ☐ dostępny
- ☐ brak

3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego:

☐ a) tak ☐ b) nie, brakuje: ……

……

4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania):

……

……

3 Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?

1) nie ☐

2) tak: ☐ przemoc ☐ problemy opiekuńczo-wychowawcze ☐ konflikty ☐ inne – wskazać jakie: ……

Kogo dotyczą:

4 Charakterystyka problemu (m.in. przyczyny, podjęte działania i ich efekty):

5 Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska:

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

D. ANALIZA SYTUACJI ZAWODOWEJ

1	2	3	4	5		6	7		8
Imię i nazwisko	Zarejestro-wany(-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

<table>
<tr><td rowspan="2">1</td><td colspan="2">Liczba osób długotrwale chorych</td><td>Rodzaje schorzeń</td></tr>
<tr><td>w tym:</td><td>dzieci</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td colspan="3">Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?</td><td>☐ 1) tak
☐ 2) nie</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4</td><td colspan="2">Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych?</td><td>☐ 1) tak
☐ 2) nie</td></tr>
<tr><td colspan="3">Jeżeli nie, wpisać dlaczego:</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="3">Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="3">Dane pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):</td></tr>
</table>

F. ANALIZA SYTUACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

1	2	3	4	5		6	7		8	9	10
		Ustalona grupa inwalidzka, stopień niepełno-sprawności, niezdolność do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do pracy 1) tak 2) nie	Orzeczenie o niepełnosprawności				Termin kolejnego badania		Wynik orzeczenia		
			numer	data		organ wydający					
				miesiąc	rok		miesiąc	rok	stopień niepełno-sprawności	wskazania do pracy / brak wskazań	
mię i nazwisko	Rodzaj dysfunkcji										Ograniczenia funkcjonalne

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? ☐ 1) częściowo ☐ 2) całkowicie	Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):

G. ANALIZA SYTUACJI OSÓB Z SYMPTOMAMI NADYŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I/LUB UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

1	2	3			4	5
Imię i nazwisko	Rodzaj i stopień uzależnienia	Czy podjęto leczenie odwykowe?				Uwagi
		Tak			Nie	
		Kiedy		Rezultaty leczenia	Przyczyny	
		miesiąc	rok			

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:

☐ 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego ☐ 2) asysta funkcjonariusza Policji	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	☐ 1) tak – wskazać jakie: ……. …….. …….. …….. ☐ 2) nie

Informacja o zgłaszającym problem*:

1	Z urzędu – zgłoszenie: ☐ 1) pracownika socjalnego ☐ 2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)	
2	Na wniosek: ☐ 1) osoby obcej ☐ 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.

I. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Zasadność udzielenia pomocy:	
☐ 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 wielodzietności ☐ 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: ☐ a) rodzina niepełna ☐ b) rodzina wielodzietna	☐ 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą ☐ 12) trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego ☐ 13) alkoholizm lub narkomania ☐ 14) sytuacja kryzysowa ☐ 15) klęska ekologiczna ☐ 16) inna – wskazać jaka:

Dodatkowe informacje:

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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 małżonka, zstępnych lub wstępnych, o których mowa w art. 103 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wypełnia się część II kwestionariusza wywiadu, a w przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających zawarcie kolejnej umowy wypełnia się część III kwestionariusza wywiadu.
4. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiegają się po raz kolejny o przyznanie świadczenia, a także gdy nastąpiła zmiana danych zawartych w części I wywiadu, wypełnia się część IV kwestionariusza wywiadu.
5. W przypadku osoby skierowanej do ośrodka wsparcia wywiad aktualizuje się 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.