

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:	miejsowość:			
		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:	miejsowość:			
		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 Lp.	2 Imię i nazwisko	3 Data urodzenia			4 Płeć	5 Nr PESEL	6 Stan cywilny	7 Stopień pokrewieństwa
		dzień	miesiąc	rok				
		1*						
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		13
					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)		zł	zł
	2)		zł	zł
	3)		zł	zł
	4)		zł	zł
	5)		zł	zł
				1) dobrowolne 2) na podstawie orzeczenia sądu

C. ANALIZA WARUNKÓW BYTOWYCH OSOBY LUB RODZINY

1	Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego <input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego <input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu <input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe <input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej <input type="checkbox"/> 8) hotel <input type="checkbox"/> 9) barak <input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania <input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie: </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego <input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego <input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu <input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe <input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej <input type="checkbox"/> 8) hotel <input type="checkbox"/> 9) barak <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"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego <input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu <input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe <input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej <input type="checkbox"/> 8) hotel <input type="checkbox"/> 9) barak <input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania <input type="checkbox"/> 11) 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: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> a) bieżąca woda: <input type="checkbox"/> zimna <input type="checkbox"/> ciepła <input type="checkbox"/> brak </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 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 </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> c) prąd: <input type="checkbox"/> dostępny <input type="checkbox"/> brak </td> </tr> </table> 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):	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
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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;"> Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny? 1) nie <input type="checkbox"/> 2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze <input type="checkbox"/> konflikty <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie: </td> <td style="width: 20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Kogo dotyczą: </td> </tr> </table>	Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny? 1) nie <input type="checkbox"/> 2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze <input type="checkbox"/> konflikty <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie:	Kogo dotyczą:	
Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny? 1) nie <input type="checkbox"/> 2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze <input type="checkbox"/> konflikty <input type="checkbox"/> 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	<p>Czy osoba/rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny? <input type="checkbox"/> 1) tak Jeżeli tak, wpisać od kiedy: <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>Czy osoba/rodzina jest objęta nadzorem kuratora? <input type="checkbox"/> 1) tak 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 <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>		
wysokość			<p>Czy członek rodziny przebywający w zakładzie karnym jest zatrudniony i czy jego zarobki są przekazywane rodzinie: <input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie</p> <p>jak często</p>

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	<p>Która z osób niepełnosprawnych wspólnie zamieszkujących wymaga:</p> <ol style="list-style-type: none">1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj)2) skierowania do mieszkania chronionego3) usług opiekuńczych (zakres)4) umieszczenia w domu pomocy społecznej
2	<p>Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:</p>
3	<p>Możliwość zapewnienia pomocy ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej gminy i powiatu (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:</p>
4	<p>Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:</p>
5	<p>Stan dostosowania mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych:</p>
6	<p>Która z osób wspólnie zamieszkujących jest ubezwłasnowolniona:</p> <p><input type="checkbox"/> 1) częściowo <input type="checkbox"/> 2) całkowicie</p> <p>Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):</p>

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.

I. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Zasadność udzielenia pomocy:	
<input type="checkbox"/> 1) ubóstwo <input type="checkbox"/> 2) sieroctwo <input type="checkbox"/> 3) bezdomność <input type="checkbox"/> 4) bezrobocie <input type="checkbox"/> 5) niepełnosprawność <input type="checkbox"/> 6) długotrwała lub ciężka choroba <input type="checkbox"/> 7) przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> 8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi <input type="checkbox"/> 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności <input type="checkbox"/> 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: <input type="checkbox"/> a) rodzina niepełna <input type="checkbox"/> b) rodzina wielodzietna	<input type="checkbox"/> 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą <input type="checkbox"/> 12) trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego <input type="checkbox"/> 13) alkoholizm lub narkomania <input type="checkbox"/> 14) sytuacja kryzysowa <input type="checkbox"/> 15) klęska ekologiczna <input type="checkbox"/> 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.