



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 14 maja 2021 r.

Poz. 893

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 8 kwietnia 2021 r.

w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego

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

§ 1. Rozporządzenie określa:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minister Rodziny i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

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

Załącznik nr 1

WZÓR

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

**KWESTIONARIUSZ
RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO
CZĘŚĆ I**

DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYZNANIE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ
A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, DANE O RODZINIE

1	Imię		3	Imiona rodziców			
2	Nazwisko		4	Obywatelstwo			
5	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:			6	Nr PESEL:		
7	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:	miejscowość:				
		ulica:		nr domu:	nr mieszkania:		
		telefon:					
		symbol terytorialny:					
	Miejsce pobytu osoby bezdomnej						
8	Adres do korespondencji						
9	Dane opiekuna prawnego / kuratora**						
	Imię						
	Nazwisko						
	Obywatelstwo						
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:		Nr PESEL:				
10	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:				
		ulica:		nr domu:	nr mieszkania:		
		telefon:					
		symbol terytorialny:					
11	Czy osoba/rodzina korzystała ze świadczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej?				1) tak ☐		
					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?		☐ 1) tak
	Jeżeli tak, wpisać od kiedy:		☐ 2) nie
	Czy osoba/rodzina jest objęta nadzorem kuratora?		☐ 1) tak
	Jeżeli tak, wpisać od kiedy:		☐ 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	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?		☐ 1) tak ☐ 2) nie
4	Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych?		☐ 1) tak ☐ 2) nie
	Jeżeli nie, wpisać dlaczego:		
5	Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		
6	Dane pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		

1	Która z osób niepełnosprawnych wspólnie zamieszkujących wymaga: 1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj) 2) skierowania do mieszkania chronionego 3) usług opiekuńczych (zakres) 4) umieszczenia w domu pomocy społecznej	
2	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:	
3	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej gminy i powiatu (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:	
4	Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:	
5	Stan dostosowania mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych:	
6	Która z osób wspólnie zamieszkujących jest ubezwłasnowolniona: ☐ 1) częściowo ☐ 2) całkowicie	Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):

G. ANALIZA SYTUACJI OSÓB Z SYMPTOMAMI NADUŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I/LUB UZALEŻNIENI BEHAWIORALNYCH

[illegible]

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:

[illegible]

(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 małzonka, zstępnych lub wstępnych, o których mowa w art. 103 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wypełnia się część II kwestionariusza wywiadu, a w przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających zawarcie kolejnej umowy wypełnia się część III kwestionariusza wywiadu.
4. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiegają się po raz kolejny o przyznanie świadczenia, a także gdy nastąpiła zmiana danych zawartych w części I wywiadu, wypełnia się część IV kwestionariusza wywiadu.
5. W przypadku osoby skierowanej do ośrodka wsparcia wywiad aktualizuje się przez wypełnienie części IV kwestionariusza wywiadu.
6. W przypadku osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie lub pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie wypełnia część V kwestionariusza wywiadu.
7. W przypadku gdy cudzoziemiec ubiega się o świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie kosztów wydatków związanych z nauką języka polskiego, pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie wypełnia część VI kwestionariusza wywiadu.

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

CZEŚĆ II

DOTYCZY MAŁŻONKA, ZSTĘPNYCH LUB WSTĘPNYCH, O KTÓRYCH MOWA
W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:		nr domu: nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
8	Dochód na osobę w rodzinie			
9	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
10	Obciążenia finansowe rodziny (stałe – np. czynsz, opłaty za dom pomocy społecznej, internat, bursę; okresowe – np. spłata zadłużenia; jednorazowe – np. remont mieszkania)			
11	Dane osoby lub rodziny ubiegającej się o przyznanie świadczenia (imię, nazwisko, adres zamieszkania):			

B. INFORMACJE O CZŁONKACH RODZINY I INNYCH OSOBACH WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH

1	2	3			4	5	6	7	8	9	10
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa**	Nr PESEL	Miejsce pracy lub nauki (placówka i oddział)	Źródło dochodu (utrzymania)	
		dzień	miesiąc	rok						rodzaj	wysokość
1*					M/K						
2					M/K						
3					M/K						
4					M/K						
5					M/K						
6					M/K						
7					M/K						
8					M/K						
9					M/K						
10					M/K						
11					M/K						
12					M/K						
13					M/K						

* Należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad.

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

Uwaga: Oddzielne gospodarstwo domowe należy oddzielić poziomą kreską.

C. POMOC OSOBY/RODZINY UDZIELANA OSOBIE LUB RODZINIE UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA

1	Dotychczas udzielana pomoc osobie/rodzinie ubiegającej się o przyznanie świadczenia
2	Stosunek do osoby/rodziny ubiegającej się o przyznanie świadczenia
3	Ustalona z osobą/rodziną forma i wielkość pomocy

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

_____ (podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość _____ Data _____

D. OSOBA, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, WSKAZAŁA INNE OSOBY, O KTÓRYCH MOWA W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko	Adres	Telefon

E. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

_____ (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość _____ Data _____

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

CZEŚĆ III
DOTYCZY MAŁŻONKA, ZSTĘPNYCH LUB WSTĘPNYCH, O KTÓRYCH MOWA
W ART. 103 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ
(AKTUALIZACJA WYWIADU)

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:		nr domu: nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Dane osoby lub rodziny, na rzecz której jest świadczona pomoc, oraz dotychczasowe formy i wielkość tej pomocy			
8	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie			
9	Opis okoliczności uzasadniających ewentualną zmianę formy lub wielkości świadczonej pomocy			

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

B. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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
---	--	--

Miejscowość _____ Data _____

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

CZEŚĆ IV
DOTYCZY OSÓB LUB RODZIN KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚWIADCZEŃ
POMOCY SPOŁECZNEJ
(AKTUALIZACJA WYWIADU)

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:		nr domu: nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
	Miejsce pobytu osoby bezdomnej			
6	Adres do korespondencji			
7	Dane opiekuna prawnego / kuratora**			
	Imię			
	Nazwisko			
	Obywatelstwo			
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:		Nr PESEL:	
8	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:		nr domu: nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
9	Dotychczas otrzymywane świadczenia – na podstawie ostatniej decyzji:			
10	Aktualna łączna wysokość dochodu (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
11	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie			

* W przypadku bezdomnego – ostatnie miejsce zameldowania na pobyt stały (w przypadku braku możliwości ustalenia – ostatni możliwy do potwierdzenia adres).

** Niepotrzebne skreślić.

12	Aktualizacja sytuacji:
	rodzinnej
	mieszkaniowej
	zawodowej
	zdrowotnej
	innej

B. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY LUB RODZINY ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość

Data

C. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY, WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

D. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

1	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
2	Dochód na osobę w rodzinie	
3	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
4	Formy i zakres proponowanej pomocy:	
	rodzaj i zakres	źródło finansowania
	świadczenia pieniężne	
	świadczenia niepieniężne	
	świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych	
	inne formy wsparcia	

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

- ☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości
- ☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

- ☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

(podpis i pieczęć kierownika)

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

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejsowość:	ulica:
		nr domu:	nr mieszkania:	telefon:
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Sytuacja rodzinna: ☐ 1) osoba samotnie gospodarująca ☐ 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną ☐ 3) inne – wskazać jakie:			
8	Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała?			
	Rodzaj opieki		Okres przebywania	
	☐ 1) dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie			
	☐ 2) dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży			
	☐ 3) zakład poprawczy			
	☐ 4) schronisko dla nieletnich			
	☐ 5) młodzieżowy ośrodek wychowawczy			
	☐ 6) specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy			
	☐ 7) specjalny ośrodek wychowawczy			
	☐ 8) młodzieżowy ośrodek socjoterapii			
Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1–8)				
Ostatnie miejsce pobytu przed usamodzielnieniem (nazwa i adres placówki, którą opuściła osoba ubiegająca się o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki)				
9	Czy osoba usamodzielniana uczy się? ☐ 1) tak ☐ 2) nie			
10	Typ szkoły:			
	oddział / rok studiów		semestr	

11	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
12	Dochód na osobę w rodzinie	
13	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość _____ Data _____

* Należy dołączyć kopię programu usamodzielnienia.

B. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

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

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

C. INFORMACJA O DECYZJI O PRZYZNANIU POMOCY

(podpis i pieczęć kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie)

Miejscowość _____ Data _____

Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
lub REGON powiatowego centrum pomocy rodzinie

CZĘŚĆ VI
DOTYCZY CUDZOZIEMCÓW, O KTÓRYCH MOWA
W ART. 91 UST. 1 USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R.
O POMOCY SPOŁECZNEJ

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, DANE O CZŁONKACH RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH I ZAMIESZKUJĄCYCH NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

1	Imię													
2	Nazwisko													
3	Obywatelstwo					4	Narodowość							
5	Data urodzenia	dzień				miesiąc				rok				
6	Dokument tożsamości	nr dokumentu podróży												
		nr karty pobytu												
		nr decyzji nadającej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą												
7	Data decyzji o nadaniu statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej:													
8	Adres zameldowania cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej		kod pocztowy:				miejscowość:							
			ulica:					nr domu:			nr mieszkania:			
			telefon:											
	Adres pobytu czasowego									Zameldowanie: ☐ 1) tak ☐ 2) nie				
9	Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?													
10	Czy cudzoziemiec przebywa 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 – wskazać kogo:												

13	Formy udzielanej pomocy	☐ 1) pomoc pieniężna ☐ 2) pomoc w naturze ☐ 3) inna – wskazać jaka:
14	Wielkość udzielanej pomocy	
	Zakres udzielanej pomocy	
	Rodzaj udzielanej pomocy	

15. Informacja o członkach rodziny cudzoziemca zamieszkających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

1 Lp.*	2 Imię i nazwisko	3			4 Płeć	5 Stan cywilny	6 Stopień pokrewieństwa	7 Wykształcenie	8 Sytuacja zdrowotna	9		10
		Data urodzenia								Źródła dochodu (utrzymywania)		
		dzień	miesiąc	rok						rodzaj	wysokość	
1					M/K							
2					M/K							
3					M/K							
4					M/K							
5					M/K							
6					M/K							
7					M/K							
8					M/K							
9					M/K							
10					M/K							

* W przypadku większej liczby osób należy powielić stronę.

B. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

1	Czy któryś z członków rodziny cudzoziemca uczęszczał na zajęcia z języka polskiego w trakcie trwania procedury o nadanie statusu uchodźcy? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać: Kto: _____ Przez jaki okres: _____
2	Znajomość języka polskiego przez: – cudzoziemca: ☐ 1) nic nie rozumie ☐ 2) rozumie, ale bardzo słabo ☐ 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. _____, lub innym, tj. _____ ☐ 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie ☐ 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie – współmałżonka cudzoziemca: ☐ 1) nic nie rozumie ☐ 2) rozumie, ale bardzo słabo ☐ 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. _____, lub innym, tj. _____ ☐ 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie ☐ 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie
3	Czy cudzoziemiec wymaga skierowania na kurs nauki języka polskiego? ☐ 1) tak ☐ 2) nie
4	Znajomość języka polskiego przez dzieci cudzoziemca: ☐ 1) nic nie rozumie ☐ 2) rozumie, ale bardzo słabo ☐ 3) rozumie wypowiedzi w języku polskim, ale posługuje się językiem ojczystym, tj. _____, lub innym, tj. _____ ☐ 4) posługuje się językiem polskim wyłącznie w mowie ☐ 5) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie
5	Czy dzieci cudzoziemca wymagają skierowania na kurs nauki języka polskiego? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać ile dzieci: _____
6	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wymagają pomocy w formie świadczenia pieniężnego na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego? ☐ 1) tak ☐ 2) nie

C. FUNKCJONOWANIE CUDZOZIEMCA I CZŁONKÓW JEGO RODZINY W NOWYM ŚRODOWISKU PO OPUSZCZENIU OŚRODKA DLA CUDZOZIEMCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O NADANIE STATUSU UCHODźCY

1	Jak cudzoziemiec i członkowie jego rodziny czują się w nowym środowisku po opuszczeniu ośrodka dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy?
2	Czy cudzoziemiec ma znajomych w nowym środowisku? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać jakich:
3	Czy mieszkańcy z najbliższego otoczenia sprawiają cudzoziemcowi lub jego rodzinie kłopoty? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać jakie:
4	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia w środowisku zamieszkania? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:
5	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina mają grupę wsparcia wśród cudzoziemców? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać rodzaj wsparcia:

6	Czy cudzoziemiec lub jego rodzina wiedzą, gdzie znajdują się podstawowe instytucje, takie jak: ☐ 1) ośrodek pomocy społecznej ☐ 2) powiatowy urząd pracy ☐ 3) urząd miasta ☐ 4) przychodnia / ośrodek zdrowia ☐ 5) szpitalny oddział ratunkowy ☐ 6) szpital ☐ 7) szkoła ☐ 8) policja ☐ 9) inne – wskazać jakie:
7	Czy dzieci cudzoziemca realizują obowiązek szkolny? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać do jakiego rodzaju szkoły i do którego oddziału uczęszczają:
8	Co sprawia najwięcej trudności w funkcjonowaniu w środowisku lokalnym?
9	Zainteresowania cudzoziemca, formy spędzania wolnego czasu:

D. SYTUACJA MIESZKANIOWA

1	Mieszkanie: ☐ 1) komunalne/kwaterunkowe ☐ 2) mieszkanie wynajęte ☐ 3) mieszkanie chronione ☐ 4) hotel ☐ 5) brak mieszkania ☐ 6) 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	Łączne stałe (miesięczne) wydatki związane mieszkaniem – czynsz, światło, gaz itp.:
4	Czy zachodzi konieczność zapewnienia mieszkania ze strony gminy?

E. SYTUACJA ZDROWOTNA

1	Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny byli leczeni w trakcie pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy? ☐ 1) tak ☐ 2) nie
	Jeżeli tak, wpisać kto:
	Czy wymaga dalszego leczenia? ☐ 1) tak ☐ 2) nie
	Jeżeli tak, wpisać jakiego:
2	Jakie problemy zdrowotne zgłaszają cudzoziemiec lub członek jego 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?

F. SYTUACJA ZAWODOWA

1	Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny mają wiedzę na temat możliwości zatrudnienia w swoim zawodzie i zgodnie z kwalifikacjami?
2	Umiejętności i kwalifikacje wskazane przez cudzoziemca, które mogą być pomocne w poszukiwaniu pracy:
3	Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny otrzymali propozycję pracy z powiatowego urzędu pracy?
4	Czy cudzoziemiec podejmie inne prace, w tym np. jako wolontariusz? ☐ 1) tak ☐ 2) nie Jeżeli tak, wpisać jakie:
5	Potwierdzenie zawodu i zatrudnienia z kraju pochodzenia – posiadane dokumenty:

I. DIAGNOZA I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

J. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

Formy i zakres proponowanej pomocy:		
świadczenie pieniężne		
1. na utrzymanie:	wysokość	od do
2. na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego:	wysokość	od do
3. opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne określonej w odrębnych przepisach za:		
1) cudzoziemca:	wysokość	od do
2) członków jego rodziny:	wysokość	od do
poradnictwo specjalistyczne		
rodzaj i zakres:		
praca socjalna		

 (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

- ☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości
- ☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

- ☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

(podpis i pieczęć kierownika)

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

CZĘŚĆ VII
DOTYCZY OSÓB I RODZIN POSZKODOWANYCH W WYNIKU SYTUACJI KRYZYSOWEJ
WYSTĘPUJĄCEJ NA SKALĘ MASOWĄ, A TAKŻE KLĘSKI ŻYWIOŁOWEJ
ALBO ZDARZENIA LOSOWEGO

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:		nr domu:
		nr mieszkania:		
		telefon:	telefon najbliższej rodziny:	
	symbol terytorialny:			
6	Adres do korespondencji			
7	Dotychczas otrzymywane świadczenia: tak/nie			
	Jeżeli tak, wpisać jakie:			
8	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie / liczba osób w rodzinie			
9	Aktualna sytuacja:			
	rodzinna			
	mieszkaniowa			
	zawodowa			
	zdrowotna			
	majątkowa			

[illegible]

[illegible]

Miejscowość _____ Data _____

D. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

1	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
2	Dochód na osobę w rodzinie	
3	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
4	Formy i zakres proponowanej pomocy:	
	rodzaj i zakres	źródło finansowania
	świadczenia pieniężne	
	świadczenia niepieniężne	
	świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych	
	inne formy wsparcia	

(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)

Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP
lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

CZEŚĆ VIII

DOTYCZY WYWIADU, O KTÓRYM MOWA W ART. 23 UST. 4E USTAWY Z DNIA
28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH, ALBO AKTUALIZACJI
WYWIADU NA PODSTAWIE ART. 23 UST. 4F TEJ USTAWY*

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię												
2	Nazwisko												
3	Data urodzenia	dzień			mieсяc			rok					
4	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość												
5	Nr PESEL												
6	Adres zamieszkania	kod pocztowy:		miejscowość:									
		ulica:						nr domu:		nr mieszkania:			
		telefon:				telefon najbliższej rodziny:							
		symbol terytorialny:											
7	Adres do korespondencji												

B. USTALENIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO

[illegible]

[illegible]

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

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
---	--	--

Miejscowość _____ Data _____

C. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO PRZEPROWADZAJĄCEGO WYWIAD NA PODSTAWIE ART. 23 UST. 4E ALBO 4F USTAWY O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH*

[illegible]

Data

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

* Właściwie zaznaczyć.

[illegible]

C. USTALENIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO DOKONANE NA PODSTAWIE INFORMACJI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 23 UST. 4B USTAWY Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ALBO W ART. 15 UST. 2 USTAWY Z DNIA 11 LUTEGO 2016 R. O POMOCY PAŃSTWA W WYCHOWYWANIU DZIECI*

[illegible]

[illegible]

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

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
---	--	--

Miejscowość _____ Data _____

D. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO PRZEPROWADZAJĄCEGO WYWIAD NA PODSTAWIE ART. 23 UST. 4AA LUB 4B USTAWY Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ALBO NA PODSTAWIE ART. 15 UST. 1 LUB 2 USTAWY Z DNIA 11 LUTEGO 2016 R. O POMOCY PAŃSTWA W WYCHOWYWANIU DZIECI*

[illegible]

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość	Data
-------------	------

* Właściwe zaznaczyć.

WZÓR

OŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO
W POSTACI ELEKTRONICZNEJ

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

—	—	—
---	---	---

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

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

Data przeprowadzenia wywiadu: _____

Podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad: _____

Imię i nazwisko pracownika socjalnego
przeprowadzającego wywiad: _____

* Przepisać sumę kontrolną z ekranu po zatwierdzeniu wywiadu.

WZÓR

_____, dnia _____
(imię i nazwisko) (miejscowość)

(adres)

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM¹⁾

Ja, _____,
(imię i nazwisko)

urodzony(-na) _____,
(data i miejscowość)

oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny / mój²⁾ składają się³⁾:

I. Nieruchomości:

– Lokal mieszkalny:

☐ nie posiadam

☐ posiadam (wielkość w [m²], tytuł prawny):

– Dom:

☐ nie posiadam

☐ posiadam (wielkość w [m²], tytuł prawny):

– Place, działki:

☐ nie posiadam

☐ posiadam (powierzchnia w [m²]):

– Gospodarstwo rolne:

☐ nie posiadam

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

¹⁾ Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek osobisty.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

³⁾ Zaznaczyć właściwe ☐ lub ☒.

II. Ruchomości:

– Samochody:

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

– Maszyny:

☐ nie posiadam☐ posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

– Inne:

☐ nie posiadam☐ posiadam (rodzaj, wartość szacunkowa):

_____**III. Posiadane zasoby:**

– Pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp.):

☐ nie posiadam☐ posiadam (wartość nominalna):

– Przedmioty wartościowe:

☐ nie posiadam☐ posiadam (wartość szacunkowa):

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

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

(podpis)

WZÓR LEGITYMACJI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

1. Opis wzoru legitymacji pracownika socjalnego:

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

2. Wzór legitymacji:

- 1) część zewnętrzna:



2) część wewnętrzna:

fotografia mp. Legitymacja nr (podpis pracownika socjalnego) (imię i nazwisko) jest pracownikiem socjalnym W (nazwa lub pieczęć pracodawcy) (nazwa lub pieczęć pracodawcy)	uprawnionym na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.) do: – przeprowadzania rodzinnych wywiadów środowiskowych, – korzystania z prawa pierwszeństwa przy wykonywaniu swoich zadań w urzędach, instytucjach i innych placówkach, – ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych. Na mocy art. 12a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2020 r. poz. 218, z późn. zm.) w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie pracownik socjalny wykonujący obowiązki służbowe ma prawo odebrać dziecko z rodziny i umieścić je u innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej. (podpis osoby wydającej) Ważna na rok wystawienia: Ważność legitymacji przedłuża się na rok: mp. mp. mp. mp. mp. mp.
---	---