

Wzór legitymacji:

1) część zewnętrzna:

	 <p>LEGITYMACJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO</p>
--	---

2) część wewnętrzna:

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

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
ul. Biskupa Nankera 103
41-949 Piekary Śląskie
tel 322879503, 322885574
NIP: 498-01-08-463
REGON: 003455014

**KWESTIONARIUSZ
RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO
CZĘŚĆ I**

DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRYZNANIE 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 <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.

Nr sprawy 83/2024

Załącznik nr 2 do umowy

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)		wysokość
					rodzaj		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

E-Boyp

hL

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	

sz Bolep

hL

C. ANALIZA WARUNKÓW BYTOWYCH OSOBY LUB RODZINY

1	<p>Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu</td> <td><input type="checkbox"/> 8) hotel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe</td> <td><input type="checkbox"/> 9) barak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte</td> <td><input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione	<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej	<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel	<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak	<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania		<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:
<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione												
<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej												
<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel												
<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak												
<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania												
	<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:												
2	<p>1) Stan utrzymania mieszkania: <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane <input type="checkbox"/> c) zdewastowane </p> <p>2) Dostęp do mediów: a) bieżąca woda: <input type="checkbox"/> zimna <input type="checkbox"/> ciepła <input type="checkbox"/> brak b) ogrzewanie: <input type="checkbox"/> piece węglowe <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe <input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne <input type="checkbox"/> brak ogrzewania c) prąd: <input type="checkbox"/> dostępny <input type="checkbox"/> brak</p> <p>3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: <input type="checkbox"/> a) tak <input type="checkbox"/> b) nie, brakuje: </p> <p>4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania): </p>												
3	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="252 1155 1214 1335"> 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 data-bbox="1214 1155 1388 1335"> 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:												

sz

ric

6	Relacje osoby/rodziny z krewnymi, którzy mieszkają oddzielnie:		
7	Czy osoba/rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny? Jeżeli tak, wpisać od kiedy:	<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 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.)? Jeżeli tak, to wpisać: Kto: Kiedy:..... Kontakty z rodziną (np. częstotliwość pobytu w domu rodzinnym, współpraca rodziców z placówką, w której przebywa dziecko):		1) tak 2) nie
	wysokość		
	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

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	
					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):										

9. 3. 2021

nic

E. OGÓLNA ANALIZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY/RODZINY

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

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

Nr sprawy 88/2021

Załącznik nr 2 do umowy

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 zakres	źródło finansowania
	świadczenia pieniężne	
	świadczenia niepieniężne	
	świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych	
	inne formy wsparcia	

(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

gamy

nic

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.

