

.....

.....

.....

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

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

\* Dotyczy także osób ubiegających się lub pobierających świadczenia, o których mowa w art. 107 ust. 1a ustawy o pomocy społecznej.  
 \*\* 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,<br>wykonywany zawód | Miejsce pracy lub nauki<br>(placówka i oddział) | Pozycja<br>na rynku<br>pracy | Sytuacja<br>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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem):</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego<br/> <input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego<br/> <input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu<br/> <input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe<br/> <input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 6) mieszkanie treningowe<br/> <input type="checkbox"/> 7) mieszkanie wspomagane<br/> <input type="checkbox"/> 8) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej<br/> <input type="checkbox"/> 9) hotel<br/> <input type="checkbox"/> 10) barak<br/> <input type="checkbox"/> 11) brak mieszkania<br/> <input type="checkbox"/> 12) inne – wskazać jakie:         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>1) Stan utrzymania mieszkania:<br/> <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane   <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane   <input type="checkbox"/> c) zdewastowane<br/>         .....</p> <p>2) Dostęp do mediów:</p> <div style="display: flex;"> <div style="width: 33%;"> <p>a) bieżąca woda:</p> <input type="checkbox"/> zimna<br/> <input type="checkbox"/> ciepła<br/> <input type="checkbox"/> brak         </div> <div style="width: 33%;"> <p>b) ogrzewanie:</p> <input type="checkbox"/> piece węglowe<br/> <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne<br/> <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe<br/> <input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne<br/> <input type="checkbox"/> brak ogrzewania         </div> <div style="width: 33%;"> <p>b) prąd:</p> <input type="checkbox"/> dostępny<br/> <input type="checkbox"/> brak         </div> </div> <p>3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego:<br/> <input type="checkbox"/> a) tak   <input type="checkbox"/> b) nie, brakuje: .....<br/>         .....</p> <p>4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania):<br/>         .....<br/>         .....</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"> <p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc domowa   <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze   <input type="checkbox"/> konflikty   <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie: .....<br/>           .....</p> </td><td style="width: 20%;"> <p>Kogo dotyczy:</p> </td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc domowa   <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze   <input type="checkbox"/> konflikty   <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie: .....<br/>           .....</p> | <p>Kogo dotyczy:</p> |
| <p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc domowa   <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze   <input type="checkbox"/> konflikty   <input type="checkbox"/> inne – wskazać jakie: .....<br/>           .....</p> | <p>Kogo dotyczy:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Charakterystyka problemu (m.in. przyczyny, podjęte działania i ich efekty, czy przemoc domowa może dotyczyć małoletniego):</p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska (w tym m.in. Jak zachowuje się małoletni w czasie bezpośredniego sprawdzenia jego stanu bezpieczeństwa? Warunki bytowe małoletniego?):</p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                    |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|
| 6 | Relacje osoby/rodziny z krewnymi, którzy mieszkają oddzielnie:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                    |
| 7 | Czy osoba/rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 1) tak                                    |
|   | Jeżeli tak, wpisać od kiedy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 2) nie                                    |
|   | Czy osoba/rodzina jest objęta nadzorem kuratora?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 1) tak                                    |
|   | Jeżeli tak, wpisać od kiedy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <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, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie poprawczym, zakładzie karnym itp.)? |  | <input type="checkbox"/> 1) tak<br><input type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 1) tak<br><input type="checkbox"/> 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<br>2) nie                     | 1) tak<br>2) nie | rodzaj i wysokość zasiłku lub innego świadczenia | od kiedy |                                                    | 1) tak<br>2) nie | od kiedy |                                              | 1) tak<br>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<br><input type="checkbox"/> 2) nie |
| 4 | Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych?                                                                                |        | <input type="checkbox"/> 1) tak<br><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): |        |                                                                    |

## F. ANALIZA SYTUACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

[illegible]

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>Która z osób niepełnosprawnych wspólnie zamieszkujących wymaga:</p> <p>1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj)</p> <p>2) skierowania do mieszkania wspomaganego</p> <p>3) usług opiekuńczych (zakres)</p> <p>4) umieszczenia w domu pomocy społecznej</p> |                                                                 |
| 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</p> <p><input type="checkbox"/> 2) całkowicie</p>                                                                                                 | <p>Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):</p> |

G. ANALIZA SYTUACJI OSÓB Z SYMPTOMAMI NADUŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I/LUB UZALEŻNIEŃ BEHAVIORALNYCH

[illegible]

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

[illegible]

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<br><input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? | <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....<br>.....<br>.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> 2) nie |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Informacja o zgłaszającym problem\*:

|   |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 | <p>Z urzędu – zgłoszenie:</p> <p><input type="checkbox"/> 1) pracownika socjalnego</p> <p><input type="checkbox"/> 2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)</p>                                         |  |
| 2 | <p>Na wniosek:</p> <p><input type="checkbox"/> 1) osoby obcej</p> <p><input type="checkbox"/> 2) członka rodziny</p> <p>Imię, nazwisko, adres i telefon oraz stopień pokrewieństwa z osobą potrzebująca pomocy**</p> |  |

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

|                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....                                                                                                                                                         |
| .....                                                                                                                                                         |
| .....                                                                                                                                                         |
| Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP<br>lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej<br>lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych |

**CZĘŚĆ 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: |
|    |                                                                                                                                                                                     | 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<br>(stałe – np. czynsz, opłaty za dom pomocy społecznej, internat, bursę;<br>okresowe – np. spłata zadłużenia;<br>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:

|                                                                                                                                       |                                                                    |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego<br><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                        |

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

|                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....                                                                                                                                                         |
| .....                                                                                                                                                         |
| .....                                                                                                                                                         |
| Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP<br>lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej<br>lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych |

CZĘŚĆ 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:

|                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego<br><input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? | <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....<br>.....<br>.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> 2) nie |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....                                                                                                                                                         |
| .....                                                                                                                                                         |
| .....                                                                                                                                                         |
| Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP<br>lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej<br>lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych |

**CZĘŚĆ 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:        |           | miejsowość:                  |
|    |                                                                                                        | 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:        |           | miejsowość:                  |
|    |                                                                                                        | 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                                                          |                      |           |                              |

\* Dotyczy także osób ubiegających się lub pobierających świadczenia, o których mowa w art. 107 ust. 1a ustawy o pomocy społecznej

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

\*\*\* Niepotrzebne skreślić.

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

[illegible]

|                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego<br><input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? | <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....<br>.....<br>.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> 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)

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....                                                                                              |
| .....                                                                                              |
| .....                                                                                              |
| Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP<br>lub REGON powiatowego centrum pomocy rodzinie |

CZĘŚĆ V

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

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:        | miejsowość:       | ulica:   |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           | nr domu:             | nr mieszkania:    | telefon: |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           | symbol terytorialny: |                   |          |
| 6                                                                                                                                                                                           | Adres do korespondencji                                                                                                                                                                                                   |                      |                   |          |
| 7                                                                                                                                                                                           | Sytuacja rodzinna:<br><input type="checkbox"/> 1) osoba samotnie gospodarująca<br><input type="checkbox"/> 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną<br><input type="checkbox"/> 3) inne – wskazać jakie: |                      |                   |          |
| 8                                                                                                                                                                                           | Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała?                                                                                                                                                                |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | Rodzaj opieki                                                                                                                                                                                                             |                      | Okres przebywania |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1) dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie                                                                                                                 |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2) dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży                                                                                                                                          |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 3) zakład poprawczy                                                                                                                                                                              |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 4) schronisko dla nieletnich                                                                                                                                                                     |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 5) młodzieżowy ośrodek wychowawczy                                                                                                                                                               |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 6) specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy                                                                                                                                                         |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 7) specjalny ośrodek wychowawczy                                                                                                                                                                 |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 8) młodzieżowy ośrodek socjoterapii                                                                                                                                                              |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 9) okręgowy ośrodek wychowawczy                                                                                                                                                                  |                      |                   |          |
|                                                                                                                                                                                             | <b>Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1–9)</b>                                                                                                                                                                          |                      |                   |          |
| 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?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1) tak                      <input type="checkbox"/> 2) nie</div>                                                         |                      |                   |          |
| 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:

|                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego<br><input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? | <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....<br>.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> 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<br>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:<br><input type="checkbox"/> 1) tak<br><input type="checkbox"/> 2) nie |  |                                                                          |
| 9  | Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |              |         |            |          |  |     |                                                                                     |  |                                                                          |
| 10 | Czy cudzoziemiec przebywa w Rzeczypospolitej Polskiej                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |              |         |            |          |  |     |                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> 1) sam<br><input type="checkbox"/> 2) z rodziną |
| 11 | Czy cudzoziemiec utrzymuje kontakt z rodziną?                            | <input type="checkbox"/> 1) mieszkającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<br><input type="checkbox"/> 2) mieszkającą w kraju pochodzenia<br><input type="checkbox"/> 3) mieszkającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ale nie w kraju pochodzenia<br><input type="checkbox"/> 4) nie utrzymuje kontaktu                                                                                          |  |  |              |         |            |          |  |     |                                                                                     |  |                                                                          |
| 12 | Czy cudzoziemiec korzysta z pomocy?                                      | <input type="checkbox"/> 1) rodziny mieszkającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<br><input type="checkbox"/> 2) rodziny mieszkającej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej<br><input type="checkbox"/> 3) innych grup uchodźców<br><input type="checkbox"/> 4) organizacji pozarządowych<br><input type="checkbox"/> 5) związków wyznaniowych<br><input type="checkbox"/> 6) innych – wskazać kogo: |  |  |              |         |            |          |  |     |                                                                                     |  |                                                                          |

|    |                            |                                                                                                                                                |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | Formy udzielanej pomocy    | <input type="checkbox"/> 1) pomoc pieniężna<br><input type="checkbox"/> 2) pomoc w naturze<br><input type="checkbox"/> 3) inna – wskazać jaka: |
| 14 | Wielkość udzielanej pomocy |                                                                                                                                                |
|    | Zakres udzielanej pomocy   |                                                                                                                                                |
|    | Rodzaj udzielanej pomocy   |                                                                                                                                                |

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

| 1    | 2               | 3              |         |     | 4    | 5            | 6                     | 7             | 8                  | 9                           | 10       |
|------|-----------------|----------------|---------|-----|------|--------------|-----------------------|---------------|--------------------|-----------------------------|----------|
| Lp.* | Imię i nazwisko | Data urodzenia |         |     | Płeć | Stan cywilny | Stopień pokrewieństwa | Wykształcenie | Sytuacja zdrowotna | Źródła 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  |              |                       |               |                    |                             |          |

\* W przypadku większej liczby osób należy powielić stronę.

## B. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

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

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

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

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

## D. SYTUACJA MIESZKANIOWA

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>Mieszkanie:</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="checkbox"/> 1) komunalne/kwaterunkowe<br/> <input type="checkbox"/> 2) mieszkanie wynajęte<br/> <input type="checkbox"/> 3) mieszkanie wspomagane<br/> <input type="checkbox"/> 4) mieszkanie treningowe<br/> <input type="checkbox"/> 5) hotel<br/> <input type="checkbox"/> 6) brak mieszkania<br/> <input type="checkbox"/> 7) inne – wskazać jakie:         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2 | <p>1) Stan utrzymania mieszkania:<br/> <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane   <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane   <input type="checkbox"/> c) zdewastowane<br/>         .....</p> <p>2) Dostęp do mediów:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>a) bieżąca woda:</p> <input type="checkbox"/> zimna<br/> <input type="checkbox"/> ciepła<br/> <input type="checkbox"/> brak         </div> <div style="width: 30%;"> <p>b) ogrzewanie:</p> <input type="checkbox"/> piecze węglowe<br/> <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne<br/> <input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe<br/> <input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne<br/> <input type="checkbox"/> brak ogrzewania         </div> <div style="width: 30%;"> <p>c) prąd:</p> <input type="checkbox"/> dostępny<br/> <input type="checkbox"/> brak         </div> </div> <p>b) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego:<br/> <input type="checkbox"/> a) tak   <input type="checkbox"/> b) nie, brakuje: .....</p> <p>c) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania):<br/>         .....<br/>         .....</p> |
| 3 | Łączne stałe (miesięczne) wydatki związane mieszkaniem – czynsz, światło, gaz itp.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4 | Czy zachodzi konieczność zapewnienia mieszkania ze strony gminy?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## E. SYTUACJA ZDROWOTNA

|   |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>Czy cudzoziemiec lub członek jego rodziny byli leczeni w trakcie pobytu w ośrodku dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy?</p> <p><input type="checkbox"/> 1) tak                      <input type="checkbox"/> 2) nie</p> |
|   | <p>Jeżeli tak, wpisać kto:</p>                                                                                                                                                                                                                     |
|   | <p>Czy wymaga dalszego leczenia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1) tak                      <input type="checkbox"/> 2) nie</p>                                                                                                                   |
|   | <p>Jeżeli tak, wpisać jakiego:</p>                                                                                                                                                                                                                 |
| 2 | <p>Jakie problemy zdrowotne zgłaszają cudzoziemiec lub członek jego rodziny?</p>                                                                                                                                                                   |
| 3 | <p>Czy cudzoziemiec i jego rodzina podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu?</p>                                                                                                                                                                        |
| 4 | <p>Czy wymagają pomocy w formie opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne?</p>                                                                                                                                                                  |
| 5 | <p>Kto opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne?</p>                                                                                                                                                                                              |

## 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 | <div>Czy cudzoziemiec podejmie inne prace, w tym np. jako wolontariusz?<br/><input type="checkbox"/> 1) tak<br/><input type="checkbox"/> 2) nie</div> <div>Jeżeli tak, wpisać jakie:</div> |
| 5 | Potwierdzenie zawodu i zatrudnienia z kraju pochodzenia – posiadane dokumenty:                                                                                                             |

## G. SYTUACJA DOCHODOWA

|   |                                                                                                                                            |                                                                    |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny dysponują środkami finansowymi?</p> <p>Jeżeli tak, wpisać ich wielkość:</p>                | <input type="checkbox"/> 1) tak<br><input type="checkbox"/> 2) nie |
| 2 | <p>Ewentualne zasoby przywiezione z kraju pochodzenia, którymi dysponuje cudzoziemiec lub jego rodzina:</p>                                |                                                                    |
| 3 | <p>Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny mają źródła dochodu?</p> <p>Jeżeli tak, wpisać:</p> <p>Jakie:</p> <p>Wielkość dochodu:</p> | <input type="checkbox"/> 1) tak<br><input type="checkbox"/> 2) nie |

## H. POTRZEBY I OCZEKIWANIA ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

[illegible]

Data zgłoszenia: .....

Data przeprowadzenia wywiadu: .....

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

|                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego<br><br><input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? | <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....<br>.....<br>.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> 2) nie |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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<br>..... |
| 2. na pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego:                          | wysokość | od do<br>..... |
| 3. opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne określonej w odrębnych przepisach za: |          |                |
| 1) cudzoziemca:                                                                       | wysokość | od do<br>..... |
| 2) członków jego rodziny:                                                             | wysokość | od do<br>..... |
| 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<br>lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej<br>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                                                              |                      |                              |                              |

**B. STRATY PONIESIONE W WYNIKU SYTUACJI KRYZYSOWEJ WYSTĘPUJĄCEJ NA SKALĘ MASOWĄ,  
A TAKŻE KLĘSKI ŻYWIOŁOWEJ BĄDŹ ZDARZENIA LOSOWEGO**

[illegible]

C. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY/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:

|                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego<br><input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? | <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....<br>.....<br>.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> 2) nie |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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  
b REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

DOTYCZY WYWIADU, O KTÓRYM MÓWA 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\*

|   |                                                 |                      |              |  |                              |  |          |     |                |  |  |  |  |
|---|-------------------------------------------------|----------------------|--------------|--|------------------------------|--|----------|-----|----------------|--|--|--|--|
| 1 | Imię                                            |                      |              |  |                              |  |          |     |                |  |  |  |  |
| 2 | Nazwisko                                        |                      |              |  |                              |  |          |     |                |  |  |  |  |
| 3 | Data urodzenia                                  | dzień                |              |  | miesiąc                      |  |          | 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                         |                      |              |  |                              |  |          |     |                |  |  |  |  |

[illegible]

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)

\* Właściwe zaznaczyć.

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

DOTYCZY WYWIADU, O KTÓRYM MOWA W ART. 23 UST. 4AA LUB 4B USTAWY  
Z DNIA 28 LISTOPADA 2003 R. O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH  
ALBO W ART. 15 UST. 1 LUB 2 USTAWY Z DNIA 11 LUTEGO 2016 R.  
O POMOCY PAŃSTWA W WYCHOWYWANIU DZIECI\*

|   |                                                 |                      |  |  |              |                              |  |          |  |                |  |  |
|---|-------------------------------------------------|----------------------|--|--|--------------|------------------------------|--|----------|--|----------------|--|--|
| 1 | Imię                                            |                      |  |  |              |                              |  |          |  |                |  |  |
| 2 | Nazwisko                                        |                      |  |  |              |                              |  |          |  |                |  |  |
| 3 | Data urodzenia                                  | dzień                |  |  | miesiąc      |                              |  | 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                         |                      |  |  |              |                              |  |          |  |                |  |  |

[illegible]



(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

|                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego<br><br><input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu? | <input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....<br>.....<br>.....<br>.....<br><input type="checkbox"/> 2) nie |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|             |      |
|-------------|------|
| Miejscowość | Data |
|-------------|------|

[illegible]

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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

\* Właściwe zaznaczyć.