

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

KWESTIONARIUSZ RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO CZĘŚĆ I

DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, DANE O RODZINIE

1	Imię		3	Imiona rodziców	
2	Nazwisko		4	Obywatelstwo	
5	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:			6	Nr PESEL:
7	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:	miejscowość:		
		ulica:	nr domu:		nr mieszkania:
		telefon:			
		symbol terytorialny:			
	Miejsce pobytu osoby bezdomnej				
8	Adres do korespondencji				
9	Dane opiekuna prawnego / kuratora**				
	Imię				
	Nazwisko				
	Obywatelstwo				
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nr PESEL:			
10	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:		
		ulica:	nr domu:		nr mieszkania:
		telefon:			
		symbol terytorialny:			
11	Czy osoba/rodzina korzystała ze świadczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej? 1) tak ☐ 2) nie ☐				
	Data pierwszego zgłoszenia	miesiąc		rok	
	Data ostatnio udzielonej pomocy	miesiąc		rok	
12	Korzystanie z pomocy innych osób lub instytucji	pomoc pieniężna	pomoc w naturze		pomoc usługowa
	1) rodziny	☐	☐		☐
	2) osób obcych	☐	☐		☐
	3) organizacji samopomocowych, pozarządowych	☐	☐		☐
	4) kościołów lub związków wyznaniowych	☐	☐		☐
	5) innych instytucji	☐	☐		☐

* W przypadku osoby bezdomnej – 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. W lp. 1 nie wypełnia się kolumny 7.

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

Uwaga: 1. Oddzielne gospodarstwa domowe należy oddzielić poziomą kreską.

2. W przypadku większej liczby osób w rodzinie należy dołączyć dodatkowe strony.

	8	9	10	11	12	13
Lp.	Wykształcenie, wykonywany zawód	Miejsce pracy lub nauki (placówka i oddział)	Pozycja na rynku pracy	Sytuacja zdrowotna	Źródło dochodu (utrzymania)	
					rodzaj	wysokość
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

B. ANALIZA SYTUACJI MATERIALNEJ

1	Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby, z którą przeprowadzono wywiad, 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, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne		zł	
		inne – wskazać jakie:		zł	
4	Alimenty świadczone przez osobę, z którą jest przeprowadzany wywiad, lub innych członków rodziny				
	Kto?	Na czyją rzecz?	Wysokość	Wysokość zaległych alimentów	1) dobrowolne 2) na podstawie orzeczenia sądu
	1)		zł	zł	
	2)		zł	zł	
	3)		zł	zł	
	4)		zł	zł	
	5)		zł	zł	

C. ANALIZA WARUNKÓW BYTOWYCH OSOBY LUB RODZINY

1	Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem): ☐ 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego ☐ 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego ☐ 3) własność lokalu/domu ☐ 4) komunalne/kwaterunkowe ☐ 5) mieszkanie wynajęte ☐ 6) mieszkanie treningowe ☐ 7) mieszkanie wspomagane ☐ 8) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej ☐ 9) hotel ☐ 10) barak ☐ 11) brak mieszkania ☐ 12) inne – wskazać jakie:					
2	1) Stan utrzymania mieszkania: ☐ a) czyste, zadbane ☐ b) brudne, zaniedbane ☐ c) zdewastowane 2) Dostęp do mediów: a) bieżąca woda: ☐ zimna ☐ ciepła ☐ brak b) ogrzewanie: ☐ piece węglowe ☐ ogrzewanie centralne ☐ ogrzewanie centralne – gazowe ☐ ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne ☐ inne – wskazać jakie: ☐ brak ogrzewania c) prąd: ☐ dostępny ☐ brak 3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: ☐ a) tak ☐ b) nie, brakuje: 4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania, liczba pomieszczeń): 					
3	Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny? ☐ 1) nie ☐ 2) tak: ☐ przemoc domowa ☐ problemy opiekuńczo-wychowawcze ☐ konflikty ☐ inne – wskazać jakie: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">Kogo dotyczy?</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	Kogo dotyczy?				
Kogo dotyczy?						
4	Charakterystyka problemu (m.in. przyczyny, podjęte działania i ich efekty, czy przemoc domowa może dotyczyć małoletniego): 					
5	Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska: 					

6	Sytuacja małoletniego w rodzinie (m.in. zachowanie małoletniego podczas bezpośredniego kontaktu, widoczne oznaki doznawania przemocy, stan bezpieczeństwa, widoczne oznaki zaniedbania):		
7	Relacje osoby/rodziny z krewnymi, którzy mieszkają oddzielnie:		
8	Czy osoba/rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny? Jeżeli tak, wpisać od kiedy: Czy osoba/rodzina jest objęta nadzorem kuratora? Jeżeli tak, wpisać od kiedy: Czy wobec osoby/rodziny toczy się postępowanie sądowe? Jeżeli tak, wpisać czego dotyczy:		☐ 1) tak ☐ 2) nie ☐ 1) tak ☐ 2) nie ☐ 1) tak ☐ 2) nie
9	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.)? 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):		☐ 1) tak ☐ 2) nie
	Czy członek rodziny przebywający w zakładzie karnym jest zatrudniony i czy jego zarobki są przekazywane rodzinie:		☐ 1) tak ☐ 2) nie
	wysokość		jak często

D. ANALIZA SYTUACJI ZAWODOWEJ

1	2	3	4	5	6	7	8	9		
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	
	jako osoba bezrobotna	jako osoba poszukująca pracy	1) tak 2) nie	rodzaj i wysokość zasiłku lub innego świadczenia	od kiedy		1) tak 2) nie	od kiedy		1) tak 2) nie
	1) tak 2) nie	1) tak 2) nie			miesiąc	rok		miesiąc	rok	

Działania aktywizacji społeczno-zawodowej podjęte wobec osoby/rodziny w ciągu ostatniego roku (m.in. instytucja, zakres):

Kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe, które mogą być przydatne przy poszukiwaniu pracy (np. prawo jazdy, uprawnienia do wykonywania określonych prac):

E. OGÓLNA ANALIZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY/RODZINY

1	Osoby długotrwale chore	1) dorośli 2) dzieci	Rodzaje schorzeń
2	Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę		
3	Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu? Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych? Jeżeli nie, wpisać dlaczego:		☐ 1) tak ☐ 2) nie ☐ 1) tak ☐ 2) nie
4	Czy dziecko (dzieci) ma obowiązkowe szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień? ☐ 1) tak (data i rodzaj ostatniego szczepienia) ☐ 2) nie (wpisać dlaczego) Czy dziecko (dzieci) ma regularnie wykonywane bilanse zdrowia? ☐ 1) tak (data ostatniego bilansu) ☐ 2) 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	Która z osób niepełnosprawnych wspólnie zamieszkujących wymaga: 1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj) 2) skierowania do mieszkania wspomagane 3) usług opiekuńczych (zakres) 4) umieszczenia w domu pomocy społecznej	
2	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:	
3	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej gminy i powiatu (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:	
4	Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:	
5	Stan dostosowania mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych:	
6	Która z osób wspólnie zamieszkujących jest ubezwłasnowolniona: ☐ 1) częściowo ☐ 2) całkowicie	Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):

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

[illegible]

[illegible]

Data przeprowadzenia wywiadu: _____

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

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

1	Z urzędu – zgłoszenie: ☐ 1) pracownika socjalnego ☐ 2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)	
2	Na wniosek: ☐ 1) osoby obcej ☐ 2) członka rodziny Imię, nazwisko, adres i telefon oraz stopień pokrewieństwa z osobą potrzebującą pomocy**	

** Wypełnia się za zgodą osoby zgłaszającej.

I. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Zasadność udzielenia pomocy:	
☐ 1) ubóstwo ☐ 2) sieroctwo ☐ 3) bezdomność ☐ 4) bezrobocie ☐ 5) niepełnosprawność ☐ 6) długotrwała lub ciężka choroba ☐ 7) przemoc domowa ☐ 8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi ☐ 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności ☐ 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego: ☐ a) rodzina niepełna ☐ b) rodzina wielodzietna	☐ 11) trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą ☐ 12) trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego ☐ 13) alkoholizm, narkomania ☐ 14) sytuacja kryzysowa ☐ 15) klęska ekologiczna ☐ 16) inna – wskazać jaka:

Dodatkowe informacje:

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

J. PLAN POMOCY NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

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

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

(podpis i pieczęć kierownika)

OBJAŚNIENIA:

1. Kwestionariusz wywiadu wypełnia pracownik socjalny podczas przeprowadzania wywiadu.
2. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiegają się po raz pierwszy o przyznanie świadczenia, wypełnia się część I kwestionariusza wywiadu. Komponenty: A, H–J, a także C – jeżeli w rodzinie są małoletni, wypełnia się obligatoryjnie, a pozostałe – w zależności od okoliczności związanych z przeprowadzaniem wywiadu, 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.
8. W przypadku osób i rodzin poszkodowanych w wyniku sytuacji kryzysowej występującej na skalę masową, a także klęski żywiołowej albo zdarzenia losowego, wypełnia się część VII kwestionariusza wywiadu.
9. Przeprowadzając wywiad w związku ze świadczeniami, o których mowa w art. 107 ust. 1a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wypełnia się część VIII kwestionariusza wywiadu, zaznaczając właściwą podstawę prawną.

.....
.....
.....
Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej 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:		nr mieszkania:
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Dane opiekuna prawnego / kuratora**			
	Imię			
	Nazwisko			
	Obywatelstwo			
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:		Nr PESEL:	
8	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
9	Dochód na osobę w rodzinie			
10	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
11	Obciążenia finansowe rodziny (stałe – np. czynsz, opłaty za dom pomocy społecznej, internat, bursę; okresowe – np. spłata zadłużenia; jednorazowe – np. remont mieszkania)			
12	Dane osoby lub rodziny ubiegającej się o przyznanie świadczenia (imię, nazwisko, adres zamieszkania):			

** Niepotrzebne skreślić.

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 lp. 1 nie wypełnia się kolumny 6.

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

Uwaga: Oddzielne gospodarstwa domowe należy oddzielić poziomą kreską.

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

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

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

_____ (podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość _____ Data _____

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

Imię i nazwisko	Adres	Telefon

E. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

_____ (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość _____ Data _____

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

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:		mięjsowość:
		ulica:		nr domu: nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
6	Adres do korespondencji			
7	Dane opiekuna prawnego / kuratora**			
	Imię			
	Nazwisko			
	Obywatelstwo			
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:		Nr PESEL:	
8	Dane osoby lub rodziny, na rzecz której jest świadczona pomoc, oraz dotychczasowe formy i wielkość tej pomocy			
9	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie			
10	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)

** Niepotrzebne skreślić.

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings present.

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość _____ Data _____

.....

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

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:		miescowość:
		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:		miescowość:
		ulica:		nr domu: nr mieszkania:
		telefon:		
		symbol terytorialny:		
9	Dotychczas otrzymywane świadczenia – na podstawie ostatniej decyzji:			
10	Aktualna łączna wysokość dochodu (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
11	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie			

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

** Niepotrzebne skreślić.

12	Aktualizacja sytuacji:
	rodzinnej
	w tym sytuacja małoletniego (m.in. zachowanie, widoczne oznaki doznawania przemocy):
	mieszkaniowej
	zawodowej
	zdrowotnej
	innej

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

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość

Data

C. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY LUB RODZINY, WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

D. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

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

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

(podpis i pieczęć kierownika)

.....
.....
.....
Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP 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: ☐ 1) osoba samotnie gospodarująca ☐ 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną ☐ 3) inne – wskazać jakie:			
8	Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała?			
	Rodzaj opieki		Okres przebywania	
	☐ 1) dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie			
	☐ 2) dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży			
	☐ 3) zakład poprawczy			
	☐ 4) schronisko dla nieletnich			
	☐ 5) młodzieżowy ośrodek wychowawczy			
	☐ 6) specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy			
	☐ 7) specjalny ośrodek wychowawczy			
	☐ 8) młodzieżowy ośrodek socjoterapii			
	☐ 9) okręgowy ośrodek wychowawczy			
	Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1–9)			
Ostatnie miejsce pobytu przed usamodzielnieniem (nazwa i adres placówki, którą opuściła osoba ubiegająca się o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki)				
9	Czy osoba usamodzielniana uczy się? ☐ 1) tak ☐ 2) nie			
10	Typ szkoły:			
	oddział / rok studiów		semestr	

* Należy dołączyć kopię programu usamodzielnienia.

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 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość _____

Data _____

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 PRYZYCNANIU POMOCY

(podpis i pieczęć kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie)

Miejscowość _____ Data _____

.....

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

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

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

1	Imię												
2	Nazwisko												
3	Obywatelstwo					4	Narodowość						
5	Data urodzenia	dzień			miesiąc			rok					
6	Dokument tożsamości	nr dokumentu podróży											
		nr karty pobytu											
		nr decyzji nadającej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą											
7	Data decyzji o nadaniu statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej:												
8	Adres zameldowania cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	kod pocztowy:			miejscowość:								
		ulica:					nr domu:			nr mieszkania:			
		telefon:											
	Adres pobytu czasowego										Zameldowanie: ☐ 1) tak ☐ 2) nie		
9	Jak długo cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?												
10	Czy cudzoziemiec przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej												☐ 1) sam ☐ 2) z rodziną
11	Czy cudzoziemiec utrzymuje kontakt z rodziną?	☐ 1) mieszkającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ☐ 2) mieszkającą w kraju pochodzenia ☐ 3) mieszkającą poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ale nie w kraju pochodzenia ☐ 4) nie utrzymuje kontaktu											
12	Czy cudzoziemiec korzysta z pomocy?	☐ 1) rodziny mieszkającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ☐ 2) rodziny mieszkającej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej ☐ 3) innych grup uchodźców ☐ 4) organizacji pozarządowych ☐ 5) związków wyznaniowych ☐ 6) innych – wskazać kogo:											

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

15. Informacja o członkach rodziny cudzoziemca 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.

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

B. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

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

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

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

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

D. SYTUACJA MIESZKANIOWA

1	Mieszkanie: ☐ 1) komunalne/kwaterunkowe ☐ 2) mieszkanie wynajęte ☐ 3) mieszkanie wspomagane ☐ 4) mieszkanie treningowe ☐ 5) hotel ☐ 6) brak mieszkania ☐ 7) inne – wskazać jakie:
2	1) Stan utrzymania mieszkania: ☐ a) czyste, zadbane ☐ b) brudne, zaniedbane ☐ c) zdewastowane 2) Dostęp do mediów: a) bieżąca woda: ☐ zimna ☐ ciepła ☐ brak b) ogrzewanie: ☐ piece węglowe ☐ ogrzewanie centralne ☐ ogrzewanie centralne – gazowe ☐ ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne ☐ inne – wskazać jakie: ☐ brak ogrzewania c) prąd: ☐ dostępny ☐ brak 3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego: ☐ a) tak ☐ b) nie, brakuje: 4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania, liczba pomieszczeń):
3	Łączne stałe (miesięczne) wydatki związane z mieszkaniem – czynsz, światło, gaz itp.:
4	Czy zachodzi konieczność zapewnienia mieszkania ze strony gminy?

E. SYTUACJA ZDROWOTNA

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

F. SYTUACJA ZAWODOWA

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

1	Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny dysponują środkami finansowymi? Jeżeli tak, wpisać ich wielkość:	☐ 1) tak ☐ 2) nie
2	Ewentualne zasoby przywiezione z kraju pochodzenia, którymi dysponuje cudzoziemiec lub jego rodzina:	
3	Czy cudzoziemiec lub członkowie jego rodziny mają źródła dochodu? Jeżeli tak, wpisać jakie: Wielkość dochodu:	☐ 1) tak ☐ 2) nie

[illegible]

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

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

J. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

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

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

(podpis i pieczęć kierownika)

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

CZĘŚĆ VII

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

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię			
2	Nazwisko			
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość			
4	Nr PESEL			
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:	
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:	telefon członka 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 ALBO ZDARZENIA LOSOWEGO

[illegible]

[illegible]

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

Miejscowość _____ Data _____

D. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY LUB RODZINY

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

 (miejscowość i data)

 (podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Uwagi kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

☐ 1) zatwierdzam plan pomocy w całości

☐ 2) zatwierdzam plan pomocy z następującymi zastrzeżeniami:

☐ 3) odrzucam plan pomocy ze względu na:

Data _____

(podpis i pieczęć kierownika)

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

CZĘŚĆ VIII

DOTYCZY WYWIADU, O KTÓRYM MOWA W ART. 107 UST. 1A

USTAWY Z DNIA 12 MARCA 2004 R. O POMOCY SPOŁECZNEJ

A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

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 członka najbliższej rodziny:							
		symbol terytorialny:										
7	Adres do korespondencji											
8	Podstawa przeprowadzania wywiadu*:	☐ 1) art. 23 ust. 4aa ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1208, z późn. zm.) – u osoby ubiegającej się o świadczenie pielęgnacyjne lub osoby pobierającej to świadczenie; ☐ 2) art. 23 ust. 4e albo 4f ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych w związku z art. 63 ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. z 2026 r. poz. 873) – u osoby ubiegającej się o specjalny zasiłek opiekuńczy lub osoby pobierającej to świadczenie; ☐ 3) art. 15 ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2026 r. poz. 508) – u osoby ubiegającej się o świadczenie wychowawcze lub osoby pobierającej to świadczenie; ☐ 4) art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. z 2024 r. poz. 246); ☐ 5) art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (aktualizacja wywiadu); ☐ 6) art. 42 ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowaniu dziecka – „Aktywny rodzic” (Dz. U. z 2026 r. poz. 532, z późn. zm.) – u osoby ubiegającej się o świadczenie „aktywny rodzic” lub osoby pobierającej to świadczenie.										

B. USTALENIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO

* Zaznaczyć właściwe.

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o warunkach bezpieczeństwa podczas przeprowadzania wywiadu:

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

Miejscowość _____ Data _____

[illegible]

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)