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

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

\*\* Niepotrzebne skreślić.

|  |  |
| --- | --- |
| 12 | Aktualizacja sytuacji: |
|  |  |
|  | rodzinnej |
|  |  |
| mieszkaniowej |
|  |
| zawodowej |
|  |
| zdrowotnej |
|  |
| innej |
|  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | |  |
|  | | | (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 | | Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas  przeprowadzania wywiadu? | | 1) tak – wskazać jakie: | | |  |  |
|  |  | | |  |
| 2) asysta funkcjonariusza  Policji | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  | |  | | 2) nie | | | | |
| Miejscowość |  | | Data | | |  | | |

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) |  |