LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

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

I. 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 najbliższej rodziny:										
		symbol terytorialny:											

7	Dotychczas otrzymywane świadczenia: tak/nie	
	Jeżeli tak, to jakie?	
8	Aktualna wysokość dochodu na osobę w rodzinie/ liczba osób w rodzinie	
9	Aktualna sytuacja:	
	rodzinna	
	mieszkaniowa	
	zawodowa	
	zdrowotna	
	majątkowa	

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

LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

III. 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)

Miejscowość _____ Data _____

LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

IV. 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	
praca socjalna	

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Miejscowość _____ Data _____

LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

V. DECYZJA KIEROWNIKA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ

Data _____

_____
(podpis i pieczęć kierownika)

LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

pieczęć ośrodka pomocy społecznej

CZĘŚĆ VIII

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

I. 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 najbliższej rodziny:										
		symbol terytorialny:											

II. USTALENIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO

LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość _____ Data _____

LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

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

Data _____

_____
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

* Właściwe zaznaczyć.

LEVEL UP
COMPETENCES OF THE FUTURE

NOTATKI WŁASNIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....