

Projekt Centrum Usług Środowiskowych – „Razem łatwiej II”

Załącznik nr 5 do Regulaminu świadczenia usług
asystenckich w Projekcie Centrum Usług
Środowiskowych – „Razem łatwiej II”

pieczęćka instytucji

KWESTIONARIUSZ WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO
DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ
O KWALIFIKACJĘ DO PROJEKTU
CENTRUM USŁUG ŚRODOWISKOWYCH – „Razem łatwiej II”
USŁUGI ASYSTENCKIE

I. 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:miejsowość: ulica:nr domu:nr mieszkania telefon :telefon najbliższej rodziny:	

8. Przyczyny wstąpienia z wnioskiem o udzielenie wsparcia usług asystenckich :

- 1) ubóstwo
- 2) sieroctwo
- 3) bezrobocie
- 4) niepełnosprawność
- 5) długotrwała lub ciężka choroba
- 6) bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego
- 7) trudności w komunikacji interpersonalnej
- 8) opiekun/rodzic powyżej 75 roku życia lub inni członkowie rodziny wymagający wsparcia ze względu na ograniczoną niepełnosprawność intelektualną i ruchową

9. Informacje o członkach rodziny								
L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Nr PESEL	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
		dzień	m-c	rok				
1.*								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

* należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad

9a. Informacje o członkach rodziny					
L.p.	Wykształcenie, wykonywany zawód	Miejsce pracy lub nauki	Sytuacja zdrowotna	Źródło dochodu (utrzymania)	
				rodzaj	wysokość
1.*					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

* należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY/RODZINY

1. Główny lokator lub właściciel mieszkania, domu (imię i nazwisko, adres)

.....

2. Mieszkanie			
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 chronione 7) inne (jakie?)			
3. Liczba izb		4. Oddzielna kuchnia tak nie	
5. Piętro		6. Winda tak nie	
7. Wyposażenie mieszkania w instalacje			
woda zimna : 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody		woda ciepła : 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody	
łazienka : 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) brak łazienki		WC : 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem	
ogrzewanie : 1) piece węglowe 2) ogrzewanie centralne		3) ogrzewanie centralne - gazowe 4) ogrzewanie elektryczne - akumulacyjne 5) brak ogrzewania	
gaz : tak nie		telefon : tak nie	
8. stan utrzymania mieszkania :			
1) czyste, zadbane 2) brudne, zaniedbane 3) zdewastowane			
9. Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego *: tak nie			
10. Liczba miejsc do spania			
11. Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej : tak nie			
12. Czy osoba niepełnosprawna posiada		osobny pokój : tak nie	
		samodzielne łóżko : tak nie	

*tj. sprzęt niezbędny danej osobie lub rodzinie do prowadzenia, w miarę możliwości, samodzielnego gospodarstwa domowego.



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

III. SYTUACJA ZDROWOTNA

A. Sytuacja zdrowotna rodziny

1. Liczba osób długotrwale chorych	Rodzaje schorzeń
<p>2. Inne problemy zdrowotne podane przez osobę</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>3. Czy osoba podlega ubezpieczeniu społecznemu?</p>	<p style="text-align: center;">tak nie</p>
<p>4. czy osoba posiada dostęp do świadczeń zdrowotnych ?</p>	<p style="text-align: center;">tak nie</p>
<p>5. Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię,nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	



SYTUACJA ZDROWOTNA

B. 1. Sytuacja osób niepełnosprawnych

1	2	3	4	5	6	7
Imię i nazwisko	Rodzaj dysfunkcji	Ustalony stopień niepełnospr a - wności,	Orzeczenie powiatowego zespołu ds .orzekania o stopniu niepełnosprawności		Orzeczenie wydane na stałe lub na czas określony	Ograniczenia funkcjonalne
			Numer	Data		



B. 2. Sytuacja osób niepełnosprawnych

1. Która z osób niepełnosprawnych wymieniona w części B wymaga:

1) skierowania do ośrodka wsparcia
(rodzaj)

2) skierowania do mieszkania treningowego, wspieranego, chronionego
.....

3) usług asystenckich
(zakres)

2. Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie :

.....
.....

1. Która z osób wymienionych w części B jest ubezwłasnowolniona :

1) częściowo

.....

2) całkowicie

.....

2. Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon) :

.....
.....
.....



Fundusze Europejskie dla Łódzkiego



Rzeczpospolita Polska

Dofinansowane przez Unię Europejską



województwo łódzkie

IV. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY ZGŁOSZONEJ PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data zgłoszenia : Data przeprowadzenia wywiadu :

Imię i nazwisko pracownika socjalnego przeprowadzającego wywiad :

.....

.....

podpis i pieczęć pracownika socjalnego

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....

data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad



V. OCENA SYTUACJI OSOBY I WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

.....
podpis i pieczęć pracownika socjalnego