



Pieczęć jednostki

## KWESTIONARIUSZ ROZMOWY

### CZĘŚĆ I

## DOTYCZY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB WYCHOWANKÓW\* ORAZ OSÓB BEZROBOTNYCH

### I. DANE OSOBY

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	Przesłanki do uczestnictwa w projekcie: zgodnie z §3, punktem 2, podpunktami 2.1 – 2.11 regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Program Aktywności Lokalnej - Śródmieście”				
9	Czy osoba korzystała ze świadczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej?				1) tak 2) nie
10	Czy osoba/rodzina korzystała lub korzysta z pomocy innych osób lub pomocy instytucji?	1) rodziny 2) osób obcych 3) organizacji samopomocowych, pozarządowych 4) kościołów lub związków wyznaniowych 5) innych instytucji		1) pomoc pieniężna 2) pomoc w naturze 3) pomoc usługowa	

### II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

1	Imię				
2	Nazwisko				
3	Obywatelstwo				
4	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:	5	Nr PESEL:		



\* *Właściwie podkreślić*

### III. INFORMACJE O CZŁONKACH RODZINY

Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
1*				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

\* *Należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono rozmowę.*

*Uwaga: 1. Oddzielne gospodarstwa domowe należy odznaczyć poziomą kreską.*

*2. W przypadku większej liczby osób w rodzinie niż 11 należy dołączyć dodatkową str. 2 i 3.*



Lp.	Wykształcenie, wykonywany zawód	Miejsce pracy lub nauki (szkoła, przedszkole)	Pozycja na rynku pracy	Sytuacja zdrowotna
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

#### IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA

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) prawo do domu jednorodzinnego/jego części w spółdzielni mieszkaniowej 8) hotel 9) barak 10) brak mieszkania 11) inne (jakie)	
3	Liczba izb:		4. Oddzielna kuchnia: 1) tak 2) nie
5	Piętro:		6. Winda: 1) tak 2) 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:	1) tak 2) nie	Telefon: 1) tak 2) nie
8	Stan utrzymania mieszkania:		1) czyste, zadbane 2) brudne, zaniedbane 3) zdewastowane
9	Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego*:		1) tak 2) nie
	Jeżeli nie, to wymienić, jakich sprzętów brakuje:		



10	Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej:		1) tak 2) nie
11	Czy osoba niepełnosprawna posiada:	osobny pokój	1) tak 2) nie
		samodzielne łóżko	1) tak 2) nie

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

## V. SYTUACJA SPOŁECZNA Z UWZGLĘDNIENIEM :

- A. sytuacji rodzinnej ( relacji w rodzinie, władzy rodzicielskiej: pełna, ograniczona, pozbawienie władzy \*),
- B. kontaktów ze środowiskiem,
- C. aktywności życiowej,
- D. problemów związanych z funkcjonowaniem w społeczeństwie.

\*dotyczy wychowanków, właściwe podkreślić



#### IV. SYTUACJA ZAWODOWA

Zarejestrowany(a) 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	1) tak	1) tak	1) tak
2) nie	2) nie	2) nie	2) nie
Inne ważne informacje dotyczące sytuacji na rynku pracy:			

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



## V. SYTUACJA ZDROWOTNA

1	Stwierdzone: Schorzenia a) nie  b) tak, jakie?	Orzeczenie o niepełnosprawności a) nie  b) tak, w jakim stopniu?
2	Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę:	
3	Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?	1) tak 2) nie
4	Czy osoba/rodzina posiada dostęp do świadczeń zdrowotnych?	1) tak 2) nie
	Jeżeli nie, to dlaczego?	



**Sytuacja osób z niepełnosprawnością**

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (numer i data)	Rodzaj dysfunkcji	Ustalona grupa inwalidzka, stopień niepełnosprawności, niezdolność do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do pracy	Ograniczenia funkcjonalne

Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy):

Jeżeli nie, to dlaczego?

Postanowienie o ubezwłasnowolnieniu:

a) nie

b) tak:

- całkowite
- częściowe

Przyczyny:

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





## VI. SYTUACJA EDUKACYJNA Z UWZGLĘDNIENIEM :

- A. ukończonych szkół
- B. uzyskanych kwalifikacji
- C. informacji o przebiegu nauki (osiągane wyniki, trudności w nauce, trudności wychowawcze w szkole )

## VII. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA ROZMOWY

Data przeprowadzenia rozmowy: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko opiekuna/pracownika socjalnego

przeprowadzającego rozmowę: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć  
opiekuna/pracownika socjalnego)



Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis osoby, której dotyczy kwestionariusz)\*

\_\_\_\_\_  
(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono rozmowę)

*\*dotyczy osób niepełnoletnich/osób ubezwłasnowolnionych*

**VIII. WSTĘPNA OCENA SYTUACJI OSOBY I WNIOSKI OPIEKUNA Z  
UWZGLĘDNIENIEM :**

- A. gotowości uczestnika do podniesienia kwalifikacji zawodowych,
- B. gotowości do podjęcia zatrudnienia,
- C. zagrożeń z punktu udziału w projekcie,
- D. wstępnej oceny poziomu motywacji uczestnika do udziału w projekcie.

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć opiekuna)

Miejscowość: .....

Data .....

**Zatwierdził** .....