



Pieczeńć jednostki
--------------------

## KWESTIONARIUSZ ROZMOWY

### CZĘŚĆ I DOTYCZY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB WYCHOWANKÓW\*

#### 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:	1) niepełnosprawność 2) piecza zastępcza			
9	Czy osoba/rodzina 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:		

\* *Właściwe 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.



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

#### 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*



## VI. 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:

\*Wypełnić jeśli dotyczy

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



## VII. 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

\*Wypełnić jeśli dotyczy



Postanowienie o ubezwłasnowolnieniu:

a) nie

b) tak:

- całkowite
- częściowe

Przyczyny:

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

## VIII. SYTUACJA EDUKACYJNA Z UWZGLĘDNIENIEM :

A. ukończonych szkół

B. uzyskanych kwalifikacji

C. informacji o przebiegu nauki (osiągane wyniki, trudności w nauce, trudności wychowawcze w szkole )





---

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

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

Imię i nazwisko opiekuna  
przeprowadzającego rozmowę: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

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

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

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

*\*dotyczy osób niepełnoletnich/osób ubezwłasnowolnionych*



---

X. 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)



---

## XI. PLAN POMOCY I DZIAŁAŃ NA RZECZ OSOBY

Plan pracy:

---

(podpis i pieczęć opiekuna)

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

---

**Zatwierdził Dyrektor PCPR**