

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
 ul. Biskupa Nankera 103  
 41-949 Piekary Śląskie  
 tel. 32 28795 03, 32 2883574  
 NIP:498-01-08-463

**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:	miejsowość:	
		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:	miejsowość:	
		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:**

<input type="checkbox"/> 1) uczestnictwo drugiego pracownika socjalnego	Czy wystąpiły sytuacje zagrożenia podczas przeprowadzania wywiadu?	<input type="checkbox"/> 1) tak – wskazać jakie: .....
<input type="checkbox"/> 2) asysta funkcjonariusza Policji		..... ..... ..... <input type="checkbox"/> 2) nie

Miejscowość

Data



D. 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	
	inne formy wsparcia	

(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

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)