

**Kwestionariusz wywiadu
z kandydatami do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/ prowadzenia
rodzinnego domu dziecka**

Dane osób, z którymi przeprowadzono wywiad

| | | | | |
|--|---------------|------------------------------|----------------|--|
| Imię: | | Imiona rodziców: | | |
| Nazwisko: | | | | |
| Obywatelstwo: | | | | |
| Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość: | | Nr PESEL: | | |
| Adres zamieszkania: | kod pocztowy: | miejsowość: | | |
| | ulica: | nr domu: | nr mieszkania: | |
| Adres zameldowania (jeśli jest inny niż zamieszkania): | kod pocztowy: | miejsowość: | | |
| | ulica: | nr domu: | nr mieszkania: | |
| telefon: | | telefon najbliższej rodziny: | | |
| Imię: | | Imiona rodziców: | | |
| Nazwisko: | | | | |
| Obywatelstwo: | | | | |
| Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość: | | Nr PESEL: | | |
| Adres zamieszkania: | Kod pocztowy: | miejsowość: | | |
| | Ulica: | nr domu: | nr mieszkania: | |
| | kod pocztowy: | miejsowość: | | |

| | | | |
|---|--------|------------------------------|----------------|
| Adres zameldowania (jeśli jest inny niż zamieszkania): | ulica: | nr domu: | nr mieszkania: |
| telefon: | | telefon najbliższej rodziny: | |

Sytuacja rodzinna

Informacje o członkach rodziny (należy wpisać dane wszystkich osób wspólnie zamieszkujących oraz dzieci biologicznych, również zamieszkujących oddzielnie).

| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Nr PESEL | Stan cywilny | Stopień pokrewieństwa |
|-----|-----------------|----------------|----------|--------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1* | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

* Osoby prowadzące oddzielne gospodarstwa domowe oraz dzieci niezamieszkujące z rodziną należy odznaczyć poziomą kreską

| Lp. | Wykształcenie, wykonywany zawód | Miejsce pracy lub nauki (szkoła, przedszkole) | Sytuacja zdrowotna (orzeczenie) | Źródło dochodu (utrzymania) rodzaj i wysokość | Karalność | Uwagi [zarejestrowany/a w urzędzie pracy tak/nie, od kiedy pozostaje bez zatrudnienia, rodzaj umowy, godziny pracy (praca zmianowa)] |
|--|---------------------------------|---|---------------------------------|---|-----------|--|
| | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| Czy rodzina korzystała ze świadczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej? (jeśli tak, to która jednostka) | | | | | | |
| Od kiedy: | | | | Data ostatnio udzielonej pomocy: | | |
| Czy osoba/rodzina korzystała lub korzysta z pomocy innych osób lub pomocy instytucji, a jeśli tak, to jakiego rodzaju była ta pomoc? | | | | | | |
| 1) rodziny | | | | 1) pomoc pieniężna | | |

| | |
|---|--|
| <p>2) osób obcych</p> <p>3) organizacji samopomocowych, pozarządowych</p> <p>4) kościołów lub związków wyznaniowych</p> <p>5) innych instytucji</p> | <p>2) pomoc w naturze</p> <p>3) pomoc usługowa</p> |
| <p>Kto z członków rodziny i dlaczego, mimo wspólnego zamieszkiwania, prowadzi oddzielne gospodarstwo domowe?</p> | |
| <p>Czy w rodzinie występują konflikty?</p> <p>1) tak</p> <p>2) nie</p> | <p>Kogo dotyczą?</p> |
| <p>Przyczyny konfliktów:</p> | |
| <p>Jakie były podejmowane próby rozwiązania konfliktów:</p> | |
| <p>Czy występują problemy opiekuńczo-wychowawcze z dziećmi? Jakież?</p> | |
| <p>Jeżeli tak, to czy były lub są podejmowane próby ich rozwiązania? Jakież?</p> | |

Czy rodzina lub dziecko są objęci nadzorem kuratora? (jeśli tak, to kto jest kuratorem)

Czy ktoś z członków rodziny korzysta lub korzystał z usług ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej lub placówki opiekuńczo-wychowawczej, przebywa lub przebywał w zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich, specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii? Jeżeli tak, to kto, z jakiego rodzaju placówki korzystał, jaki jest adres, czas pobytu i data zakończenia pobytu:

Czy wobec któregoś z członków rodziny toczy się postępowanie karne (podać wobec kogo i jakie przestępstwo) lub czy ktoś z członków rodziny był karany za popełnienie przestępstwa?

Czy ktoś z członków rodziny przebywa lub przebywał w zakładzie karnym? Jeżeli tak, to kto, z jakiego rodzaju placówki korzystał, jaki jest adres pobytu i data zakończenia pobytu?

Czy osoba/rodzina utrzymuje kontakty z innymi członkami rodziny zamieszkałymi oddzielnie:

1) tak

2) nie

Jeżeli tak, to jakiego rodzaju są to kontakty i jak częste?

| | |
|---|--------|
| | |
| Jaki jest preferowany sposób spędzania wolnego czasu? | |
| Dorośli | Dzieci |
| Jakie zainteresowania mają poszczególni członkowie rodziny? | |
| Dorośli | Dzieci |
| Jakie są ulubione dyscypliny sportowe poszczególnych członków rodziny? | |
| Dorośli | Dzieci |
| Czy w domu hodowane są zwierzęta domowe? Jeśli tak, to jakie i kto się nimi opiekuje? | |

Sytuacja mieszkaniowa osoby/rodziny

| |
|--|
| Główny lokator lub właściciel mieszkania, domu (imię i nazwisko, adres): |
|--|

| | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| | | |
| 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) | |
| Liczba pokoi | | Oddzielna kuchnia 1) tak 2) nie |
| Piętro | | Winda 1) tak 2) nie |
| Wyposażenie mieszkania w instalacje: | | |
| Woda zimna: | Woda ciepła: | |
| 1) w mieszkaniu | 1) w mieszkaniu | |
| 2) poza mieszkaniem | 2) poza mieszkaniem | |
| 3) poza budynkiem | 3) poza budynkiem | |
| 4) brak wody | 4) brak wody | |

| | |
|--|--|
| <p>Łazienka:</p> <ol style="list-style-type: none">1) w mieszkaniu2) poza mieszkaniem3) brak łazienki | <p>WC:</p> <ol style="list-style-type: none">1) w mieszkaniu2) poza mieszkaniem3) poza budynkiem |
| <p>Ogrzewanie:</p> <ol style="list-style-type: none">1) piece węglowe2) ogrzewanie centralne3) ogrzewanie centralne – gazowe4) ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne5) brak ogrzewania | |
| <p>Gaz:</p> <ol style="list-style-type: none">1) tak2) nie | <p>Telefon:</p> <ol style="list-style-type: none">1) tak2) nie |
| <p>Stan utrzymania mieszkania:</p> <ol style="list-style-type: none">1) czyste, zadbane2) brudne, zaniedbane3) zdewastowane4) inne (jakie) | |
| <p>Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego:</p> <ol style="list-style-type: none">1) tak2) nie | |
| <p>Jeżeli nie, to wymienić jakich sprzętów brakuje:</p> | |
| <p>Liczba miejsc do spania:</p> | |

| Czy dla dziecka przewidziane są: | obecnie | dla ilu dzieci | może być przystosowane | dla ilu dzieci |
|--|------------------|----------------|------------------------|----------------|
| osobny pokój | 1) tak 2) nie | | 1) tak 2) nie | |
| samodzielne łóżko | 1) tak 2) nie | | 1) tak 2) nie | |
| miejsce do zabawy | 1) tak 2) nie | | 1) tak 2) nie | |
| miejsce do nauki | 1) tak 2) nie | | 1) tak 2) nie | |
| Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do przyjęcia dziecka w wieku 0–3 lat? | 1) tak 2) nie | | | |
| Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do potrzeb dziecka niepełnosprawnego? | 1) tak 2) nie | | | |

Sytuacja finansowa

| | |
|---|----|
| Łączny dochód w rodzinie | |
| Stałe, miesięczne wydatki osoby/rodziny łącznie w zł | |
| Czynsz/podatek od nieruchomości/opłaty za użytkowanie gruntów | zł |
| Energia elektryczna | zł |
| Gaz | zł |
| Woda | zł |
| Opał/ogrzewanie | zł |
| Usługi telekomunikacyjne (telefon, Internet) | zł |
| Odbiór nieczystości | zł |

| | |
|--|----|
| Abonament telewizyjny | zł |
| Alimenty | zł |
| Opłaty za dom pomocy społecznej | zł |
| Opłaty za szkołę/bursę/internat | zł |
| Opłaty za przedszkole | zł |
| Wydatki na leki i leczenie | zł |
| Raty, kredyty (wysokość, termin spłaty) | zł |
| Obciążenia komornicze, zadłużenia (wysokość termin spłaty) | zł |
| Inne (jakie) | zł |

Sytuacja zdrowotna

| |
|---|
| Jakie choroby występują w rodzinie? |
| Czy z rodziną zamieszkują osoby niepełnosprawne, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi? 1) tak 2) nie |
| Jakiego rodzaju jest to niepełnosprawność? |
| Czy z rodziną zamieszkują osoby uzależnione od alkoholu? 1) tak 2) nie |
| Czy z rodziną zamieszkują osoby uzależnione od środków odurzających? |

1) tak

2) nie

Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę:

Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?

1) tak

2) nie

Czy osoba/rodzina posiada dostęp do świadczeń zdrowotnych?

1) tak

2) nie

Jeżeli nie, to dlaczego?

Dane lekarza pierwszego kontaktu (imię, nazwisko, adres przychodni, telefon):

Sytuacja osób niepełnosprawnych

| Imię i nazwisko | Organ wydający orzeczenia: ZUS, KRUS, Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności | Data wydania | Data ważności | Rodzaj dysfunkcji | Grupa inwalidzka, stopień niepełnosprawności, niezdolność do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do pracy | Ograniczenia funkcjonalne |
|-----------------|---|--------------|---------------|-------------------|--|---------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Sytuacja osób uzależnionych

| Imię i nazwisko | Rodzaj uzależnienia | Czy podjęto leczenie odwykowe (tak/nie) Jeżeli tak, to kiedy? Wymenić wszystkie | Czy osoba uzależniona wyraża zgodę na podjęcie leczenia tak/nie | Od kiedy używa substancji psychoaktywnych | Uwagi (funkcjonowanie w trakcie używania i w okresach abstynencji) |
|-----------------|---------------------|---|---|---|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Informacje o gotowości osób do przyjęcia dziecka

| | |
|-------------|---|
| Typ rodziny | 1) spokrewniona 2) niezawodowa 3) zawodowa typ: |
|-------------|---|

| | |
|---|---|
| | a) pogotowie rodzinne b) specjalistyczna c) wielodzietna d) inna |
| Czy osoba/rodzina wcześniej ubiegała się o pełnienie funkcji rodziny zastępczej? 1) tak 2) nie | |
| Jeżeli tak, to kiedy i z jakim skutkiem? | |
| Czy osoba/rodzina wcześniej ubiegała się o pełnienie funkcji rodziny adopcyjnej? 1) tak 2) nie | |
| Jeżeli tak, to kiedy i z jakim skutkiem? | |
| Czym kierowały się osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu dziecka do rodziny? | |
| Czy rodzina odbyła szkolenie dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej (jeśli tak, to kto i kiedy prowadził szkolenie, jakim programem): | |

Rodzina została poinformowana gdzie może szukać pomocy w przypadku wystąpienia trudności w pełnieniu funkcji rodziny zastępczej.

Potrzeby szkoleniowe rodziny:

Jaki jest stosunek własnych dzieci oraz dotychczas objętych pieczą do przyjęcia nowego członka rodziny?

| Imię i nazwisko | Wiek | Czy zamieszkuje wspólnie? | Jaki jest stosunek do przyjęcia nowego członka rodziny? (pozytywny, obojętny, niechętny, zdecydowanie przeciwny) | Uwagi |
|-----------------|------|---------------------------|---|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Jaki jest stosunek rodziców osób zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji zastępczej do przyjęcia nowego członka rodziny?

| Imię i nazwisko (stopień pokrewieństwa) | Wiek | Czy zamieszkuje wspólnie? tak/nie | Jaki jest jego stosunek do przyjęcia nowego członka rodziny? | Uwagi |
|--|------|--|--|-------|
|--|------|--|--|-------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | (pozytywny, obojętny, niechętny, zdecydowanie przeciwny) | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Czy rodzina poinformowała o swojej decyzji przyjęcia dziecka innych krewnych oraz znajomych i jaki jest ich stosunek do tego faktu?

Jaki jest Państwa stosunek do kontaktów z rodziną biologiczną dziecka?

Jaki jest Państwa stosunek do opieki nad dzieckiem o odmiennych poglądach religijnych?

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

.....

(data i podpis osoby sporządzającej opinię)

* Niepotrzebne skreślić