

KWESTIONARIUSZ WYWIADU DOTYCZĄCY OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ

I. DANE OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ, Z KTÓRYMI PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię		
2	Nazwisko		
3	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość		
4	Nr PESEL		
5	Adres zamieszkania	kod pocztowy: miejscowość:	
		ulica: nr domu: nr mieszkania:	
		telefon:	

6	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej są spokrewnione z dzieckiem przyjmowanym do rodziny zastępczej? ☐ 1) tak ☐ 2) nie*
	Jeżeli tak to, jaki jest stopień pokrewieństwa przyjmowanego dziecka z osobami zgłaszającymi gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej?

7	Czy osoba/rodzina wcześniej ubiegała się o pełnienie funkcji rodziny zastępczej? ☐ 1) tak ☐ 2) nie*
	Jeżeli tak to, kiedy i z jakim skutkiem?

8	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej wychowują już inne dzieci jako rodzina zastępcza? ☐ 1) tak ☐ 2) nie*	
	Jeżeli tak, to:	
	1) ile dzieci jest już umieszczonych w rodzinie zastępczej	
	2) czy są to dzieci spokrewnione czy niespokrewnione z osobami zgłaszającymi gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej	
	3) czy rodzina jest zawodową niespokrewnioną z dzieckiem rodziną zastępczą:	
	a) specjalistyczną, b) o charakterze pogotowia rodzinnego	

II. INFORMACJE O CZŁONKACH RODZINY

1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa***	Wykształcenie/ zawód wykonywany	Miejsce pracy lub nauki (szkoła, przedszkole)	Sytuacja zdrowotna	Źródła dochodu (utrzymania)	
		dzień	m-c	rok							rodzaj	wysokość
1*												
2*												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

*** W stosunku do osoby zgłaszającej gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

III. SYTUACJA MATERIALNA OSOBY/RODZINY

1	Łączny dochód w rodzinie		
2	Stałe, miesięczne wydatki osoby/rodziny łącznie		zł
	w tym	czynsz	zł
		energia elektryczna	zł
		gaz	zł
		alimenty	zł
		opłaty za dom pomocy społecznej	zł
		opłaty za szkol ę/bursę/internat	zł
		opłaty za przedszkole	zł
		wydatki na leki i leczenie	zł
		inne -jakie?	zł
		Alimenty świadczone przez osobę/członka rodziny, z którą przeprowadzany jest wywiad, lub innych członków rodziny	
Kto			
Na czym ą rzecz			
Wysokość	zł	1) dobrowolne 2) na podstawie orzeczenia sądu	
Wysokość zaległych alimentów	zł		

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY/RODZINY

1	Mieszkanie: 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego 3) własność lokalu/domu jednorodzinnego 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		
2	Liczba pokoi		3. Oddzielna kuchnia: 1) tak* 2) nie
4	Piętro		5. Winda: 1) tak* 2) nie

5	Wypożaenie 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	
6	Stan utrzymania mieszkania: 1) czyste, zadbane* 2) brudne, zaniedbane 3) zdewastowane	
7	Jakich podstawowych sprzętów gospodarstwa domowego brakuje?	
8	Czy mieszkanie jest dostosowane do potrzeb przyjmowanego dziecka: 1) tak* 2) nie	
9	Czy dla dziecka przewidziane są:	osobny pokój 1) tak* 2) nie
		samodzielne łóżko 1) tak 2) nie
		miejsce do zabawy 1) tak 2) nie
		miejsce do nauki 1) tak 2) nie
10	Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do przyjęcia dziecka w wieku 0-3 lat?	1) tak 2) nie
11	Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do potrzeb dziecka niepełnosprawnego?	1) tak 2) nie

V. SYTUACJA ZDROWOTNA RODZINY

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

VI. SYTUACJA RODZINNA

1	Jaki jest stosunek własnych dzieci do przyjęcia nowego członka rodziny? Czy zamieszkują wspólnie?
---	--

2	Jaki jest stosunek rodziców osób zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej do przyjęcia nowego członka rodziny? Czy zamieszkują wspólnie?
3	Czy osoba/rodzina utrzymuje kontakty z innymi członkami 1) tak* rodziny zamieszkałymi oddzielnie: 2) nie
	Jeżeli tak, to jakiego rodzaju są to kontakty i jak częste?
4	Czy rodzina poinformowała o swojej decyzji przyjęcia dziecka innych krewnych oraz znajomych i jaki jest ich stosunek do tego faktu?
5	Jak najlepiej nagradzać dziecko za dobre zachowanie?
	Jakie kary należy stosować wobec dziecka stwarzającego problemy wychowawcze?
6	Czy w rodzinie występowały problemy wychowawcze z dziećmi wychowywanymi dotychczas? Jeżeli tak, to jakie i w jaki sposób zostały rozwiązane?

7	Czy wobec któregoś z członków rodziny toczy się postępowanie karne w sprawie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego (podać, wobec kogo i jakie przestępstwo) lub czy ktoś z członków rodziny odbywa lub odbywał karę pozbawienia wolności?
8	Czy któryś z członków rodziny przebywa lub przebywał w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym? (podać kto, kiedy i gdzie)
9	Czy któreś z dzieci w rodzinie przebywa/ przebywało w pieczy zastępczej? (podać kto, kiedy i gdzie)
10	Jaki jest preferowany sposób spędzania wolnego czasu?
11	Czy w domu hodowane są zwierzęta domowe? Jeśli tak, to jakie i kto się nimi opiekuje?

VII. INFORMACJE O GOTOWOŚCI OSÓB DO PRZYJĘCIA DZIECKA

1	Czym kierowały się osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu dziecka do rodziny?
2	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej odbyły szkolenie dla rodzin zastępczych: 1) tak* 2) nie
3	Czy osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej znają obowiązujące przepisy prawne dotyczące rodzin zastępczych? 1) tak* 2) nie
4	W jaki sposób rodzina planuje zorganizować opiekę nad przyjmowanym dzieckiem, a w szczególności w czasie pracy lub choroby opiekunów?
5	Czy rodzina wie, gdzie może szukać pomocy w przypadku wystąpienia trudności w pełnieniu funkcji rodziny zastępczej ?

VIII. SYTUACJA ZAWODOWA RODZINY

Informacje o zatrudnieniu osób zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej					
Imię i nazwisko	Pracuje 1) Tak* 2) nie	Miejsce pracy (nazwa i adres zakładu pracy, stanowisko)	Godziny pracy	Nr telefonu służbowego	UWAGI

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....
Data i podpis osoby, z którą
przeprowadzono wywiad

.....
Data i podpis koordynatora DPZ

IX. OCENA SYTUACJI OSOBY/RODZINY, OPINIA KOORDYNATORA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data przeprowadzenia wywiadu i podpis
koordynatora

.....

* Właściwe zaznaczyć.

** Należy ocenić, czy warunki mieszkaniowe, zdrowotne, sytuacja rodzinna i materialna dają podstawę do wydania osobom zgłaszającym gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej opinii pod kątem możliwości wychowywania dziecka.