



## KWESTIONARIUSZ ROZMOWY UCZESTNIKÓW PROGRAMU AKTYWNY SENIOR

### CZEŚĆ I

#### I. DANE OSOBY

1	Imię:				Osoba samotna/zamieszkująca wspólnie
2	Nazwisko:				
4	Dzielnica miasta Bytom:				
5	Płeć:	6	Nr PESEL:		
7	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:		miejscowość:	
		ulica:		nr domu:	nr mieszkania:
		telefon:		telefon najbliższej rodziny:	
8	Przesłanki do uczestnictwa zgodnie z §3 regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Program Aktywny Senior”				
9	Czy Pan/Pani 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/RODZINY/OSOBY Z OTOCZENIA\*

1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Stopień pokrewieństwa	
4	Nr Pesel	
5	Telefon kontaktowy	

\* *Właściwe podkreślić*

## III. INFORMACJE O CZŁONKACH RODZINY

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



## IV. SYTUACJA ZDROWOTNA

**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:



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

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

Imię i nazwisko pedagoga/pracownika socjalnego  
przeprowadzającego rozmowę: .....

.....  
(podpis i pieczęć pedagoga/pracownika socjalnego)

.....  
Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.  
(data i podpis osoby , której dotyczy kwestionariusz)\*



V. WSTĘPNA OCENA SYTUACJI OSOBY I WNIOSKI PRACOWNIKA  
SOCJALNEGO/PEDAGOGA Z UWZGLĘDNIENIEM :

- A. gotowości kandydata do uczestnictwa w projekcie,
- B. zagrożenia udziału w projekcie,
- C. wstępna ocena poziomu motywacji uczestnika do udziału w projekcie.



.....  
(podpis i pieczęć  
pedagoga/pracownika socjalnego)

Miejscowość, : .....

Data .....

**Zatwierdził** .....