



.....  
 .....  
 .....  
 Pieczęć lub nadruk zawierający: nazwę, adres, NIP  
 lub REGON jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub  
 podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

Załącznik nr 3

## KWESTIONARIUSZ RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO CZ. I

**Projekt: „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja” realizowany w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027, Oś priorytetowa VII - Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa**

DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ  
A. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, DANE O RODZINIE

1	Imię		3	Imiona rodziców		
2	Nazwisko		4	Obywatelstwo		
5	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:			6	Nr PESEL:	
7	Adres zamieszkania*	kod pocztowy:	miejscowość:			
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:		
		telefon:				
		symbol terytorialny:				
	Miejsce pobytu osoby bezdomnej					
8	Adres do korespondencji					
9	Dane opiekuna prawnego / kuratora**					
	Imię					
	Nazwisko					
	Obywatelstwo					
	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:			Nr PESEL:		
10	Adres zamieszkania	kod pocztowy:	miejscowość:			
		ulica:	nr domu:	nr mieszkania:		
		telefon:				
		symbol terytorialny:				
11	Czy osoba/rodzina korzystała ze świadczeń jednostki organizacyjnej pomocy społecznej?				1) tak <input type="checkbox"/>	
					2) nie <input type="checkbox"/>	
	Data pierwszego zgłoszenia	miesiąc		rok		
	Data ostatnio udzielonej pomocy	miesiąc		rok		
12	Korzystanie z pomocy innych osób lub instytucji	pomoc pieniężna	pomoc w naturze	pomoc usługowa		
	1) rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	2) osób obcych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3) organizacji samopomocowych, pozarządowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	4) kościołów lub związków wyznaniowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	5) innych instytucji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\* W przypadku bezdomnego – ostatnie miejsce zameldowania na pobyt stały (w przypadku braku możliwości ustalenia – ostatni możliwy do potwierdzenia adres).

\*\* Niepotrzebne skreślić.



### 13. Informacje o członkach rodziny

1	2	3			4	5	6	7
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Nr PESEL	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
		dzień	miesiąc	rok				
1*					M/K			
2					M/K			
3					M/K			
4					M/K			
5					M/K			
6					M/K			
7					M/K			
8					M/K			
9					M/K			
10					M/K			
11					M/K			
12					M/K			
13					M/K			
14					M/K			

\* Należy wpisać dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad.

Uwaga: 1. Oddzielne gospodarstwa domowe należy oddzielić poziomą kreską.

2. W przypadku większej liczby osób w rodzinie należy dołączyć dodatkowe strony.



	8	9	10	11	12	13
Lp.	Wykształcenie, wykonywany zawód	Miejsce pracy lub nauki (placówka i oddział)	Pozycja na rynku pracy	Sytuacja zdrowotna	Źródło dochodu (utrzymania)	
					rodzaj	wysokość
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						



## B. ANALIZA SYTUACJI MATERIALNEJ

1	Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adresy małżonka, zstępnych lub wstępnych, o których mowa w art. 103 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wielkość i forma świadczonej lub deklarowanej pomocy:			
2	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			zł
3	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 szkołę/bursę/internat		zł
		opłaty za przedszkole		zł
		opłaty rodziców/opiekunów prawnych za pobyt dziecka w placówce dziennej lub całodobowej		zł
		opłaty rodziców za pobyt dziecka w pieczy zastępczej		zł
		wydatki na leki i leczenie		zł
		inne – wskazać jakie:		zł
4	Alimenty świadczone przez osobę, z którą jest przeprowadzany wywiad, lub innych członków rodziny			
	Kto?	Na czyją rzecz?	Wysokość	Wysokość zaległych alimentów
	1)		zł	zł
	2)		zł	zł
	3)		zł	zł
	4)		zł	zł
5)		zł	zł	



### C. ANALIZA WARUNKÓW BYTOWYCH OSOBY LUB RODZINY

1	<p>Charakter prawa do lokalu mieszkalnego / domu (np. własność, wynajem):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego</td> <td><input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu</td> <td><input type="checkbox"/> 8) hotel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe</td> <td><input type="checkbox"/> 9) barak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte</td> <td><input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione	<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej	<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel	<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak	<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania		<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:						
<input type="checkbox"/> 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 6) mieszkanie chronione																		
<input type="checkbox"/> 2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/> 7) prawo do domu jednorodzinnego / jego części w spółdzielni mieszkaniowej																		
<input type="checkbox"/> 3) własność lokalu/domu	<input type="checkbox"/> 8) hotel																		
<input type="checkbox"/> 4) komunalne/kwaterunkowe	<input type="checkbox"/> 9) barak																		
<input type="checkbox"/> 5) mieszkanie wynajęte	<input type="checkbox"/> 10) brak mieszkania																		
	<input type="checkbox"/> 11) inne – wskazać jakie:																		
2	<p>1) Stan utrzymania mieszkania:  <input type="checkbox"/> a) czyste, zadbane <input type="checkbox"/> b) brudne, zaniedbane <input type="checkbox"/> c) zdewastowane          .....</p> <p>2) Dostęp do mediów:</p> <table border="0"> <tr> <td>a) bieżąca woda:</td> <td>b) ogrzewanie:</td> <td>c) prąd:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> zimna</td> <td><input type="checkbox"/> piece węglowe</td> <td><input type="checkbox"/> dostępny</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ciepła</td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne</td> <td><input type="checkbox"/> brak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> brak</td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne –</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> akumulacyjne brak ogrzewania</td> <td></td> </tr> </table> <p>3) Wyposażenie w niezbędne sprzęty gospodarstwa domowego:  <input type="checkbox"/> a) tak <input type="checkbox"/> b) nie, brakuje:          .....          .....</p> <p>4) Pozostałe informacje (np. dostęp do WC, łazienki, miejsca do spania):          .....          .....</p>	a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:	<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piece węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny	<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe			<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne –			<input type="checkbox"/> akumulacyjne brak ogrzewania	
a) bieżąca woda:	b) ogrzewanie:	c) prąd:																	
<input type="checkbox"/> zimna	<input type="checkbox"/> piece węglowe	<input type="checkbox"/> dostępny																	
<input type="checkbox"/> ciepła	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne	<input type="checkbox"/> brak																	
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> ogrzewanie centralne – gazowe																		
	<input type="checkbox"/> ogrzewanie elektryczne –																		
	<input type="checkbox"/> akumulacyjne brak ogrzewania																		
3	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="215 1276 1220 1512"> <p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze <input type="checkbox"/> konflikty <input type="checkbox"/> inne – wskazać                  jakie:                  .....</p> </td> <td data-bbox="1220 1276 1404 1512"> <p>Kogo dotyczą:</p> </td> </tr> </table>	<p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze <input type="checkbox"/> konflikty <input type="checkbox"/> inne – wskazać                  jakie:                  .....</p>	<p>Kogo dotyczą:</p>																
<p>Czy występują problemy w relacjach między wspólnie zamieszkującymi członkami rodziny?</p> <p>1) nie <input type="checkbox"/></p> <p>2) tak: <input type="checkbox"/> przemoc <input type="checkbox"/> problemy opiekuńczo-wychowawcze <input type="checkbox"/> konflikty <input type="checkbox"/> inne – wskazać                  jakie:                  .....</p>	<p>Kogo dotyczą:</p>																		
4	<p>Charakterystyka problemu (m.in. przyczyny, podjęte działania i ich efekty):</p>																		
5	<p>Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska:</p>																		



6	Relacje osoby/rodziny z krewnymi, którzy mieszkają oddzielnie:		
7	Czy osoba/rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
	Jeżeli tak <input type="checkbox"/> wpisać od kiedy:		<input type="checkbox"/> 2) nie
	Czy osoba/rodzina jest objęta nadzorem kuratora?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
	Jeżeli tak, wpisać od kiedy:		<input type="checkbox"/> 2) nie
8	Czy któryś ze wspólnie zamieszkujących członków rodziny w ciągu ostatnich 5 lat korzystał lub aktualnie korzysta z usług ośrodka wsparcia, domu pomocy Społecznej, przebywa/przebywał w rodzinnej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej czy innej instytucji całodobowego pobytu (np. w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, zakładzie poprawczym, zakładzie karnym itp.)?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
	Jeżeli tak, to wpisać:		
	Kto:.....		
	.....		
	Kiedy:.....		
	.....		
	Rodzaj placówki:.....		
	.....		
	Kontakty z rodziną (np. częstotliwość pobytu w domu rodzinnym, współpraca rodziców z placówką, w której przebywa dziecko):		
	.....		
	Czy członek rodziny przebywający w zakładzie karnym jest zatrudniony i czy jego zarobki są przekazywane rodzinie:		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
	wysokość	jak często	



**D. ANALIZA SYTUACJI ZAWODOWEJ**

1	2	3	4	5	6	7	8	
Imię i nazwisko	Zarejestrowany(-na) 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 2) nie	1) tak 2) nie	rodzaj i wysokość zasiłku lub innego świadczenia	od kiedy		1) tak 2) nie	od kiedy	
				miesiąc	rok		miesiąc	rok
Działania aktywizacji społeczno-zawodowej podjęte wobec osoby/rodziny w ciągu ostatniego roku (m.in. instytucja, zakres):								
Kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe, które mogą być przydatne przy poszukiwaniu pracy (np. prawo jazdy, uprawnienia do wykonywania określonych prac):								



## E. OGÓLNA ANALIZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY/RODZINY

1	Liczba osób długotrwale chorych		Rodzaje schorzeń
	w tym:	dzieci	
2	Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę		
3	Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
4	Czy osoba/rodzina ma dostęp do świadczeń zdrowotnych?		<input type="checkbox"/> 1) tak <input type="checkbox"/> 2) nie
	Jeżeli nie, wpisać dlaczego:		
5	Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		
6	Dane pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):		





1	Która z osób niepełnosprawnych wspólnie zamieszkujących wymaga:  1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj) 2) skierowania do mieszkania chronionego 3) usług opiekuńczych (zakres) 4) umieszczenia w domu pomocy społecznej	
2	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:	
3	Możliwość zapewnienia pomocy ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej gminy i powiatu (forma i zakres pomocy). Jeżeli nie, wpisać dlaczego:	
4	Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:	
5	Stan dostosowania mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych:	
6	Która z osób wspólnie zamieszkujących jest ubezwłasnowolniona <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 1) częściowo <input type="checkbox"/> 2) całkowicie	Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):









J. PLAN POMOCY 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	

\_\_\_\_\_  
(miejscowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)





## OBJAŚNIENIA:

1. Kwestionariusz wywiadu wypełnia pracownik socjalny podczas przeprowadzania wywiadu.
2. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiegają się po raz pierwszy o przyznanie świadczenia, wypełnia się część I kwestionariusza wywiadu. Komponenty: A, H–J wypełnia się obligatoryjnie, a pozostałe – w zależności od okoliczności związanych z przeprowadzaniem rodzinnego wywiadu środowiskowego, zgodnie z oceną pracownika socjalnego.
3. W przypadku małżonka, zstępnych lub wstępnych, o których mowa w art. 103 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wypełnia się część II kwestionariusza wywiadu, a w przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających zawarcie kolejnej umowy wypełnia się część III kwestionariusza wywiadu.
4. W przypadku gdy osoba lub rodzina ubiegają się po raz kolejny o przyznanie świadczenia, a także gdy nastąpiła zmiana danych zawartych w części I wywiadu, wypełnia się część IV kwestionariusza wywiadu.
5. W przypadku osoby skierowanej do ośrodka wsparcia wywiad aktualizuje się przez wypełnienie części IV kwestionariusza wywiadu.
6. W przypadku osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie lub pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie wypełnia część V kwestionariusza wywiadu.
7. W przypadku gdy cudzoziemiec ubiega się o świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie kosztów wydatków związanych z nauką języka polskiego, pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie wypełnia część VI kwestionariusza wywiadu.



## OŚWIADCZENIE

**Projekt: „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja” realizowany w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027, Oś priorytetowa VII - Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa**

....., dnia.....

Ja niżej podpisana/y.....

Imię i nazwisko

Zamieszkała/y.....

.....

.....

Miejscowość i ulica

Legitymująca/y się dowodem osobistym:

seria.....nr.....

I. Oświadczam, że przed przystąpieniem do przeprowadzania wywiadu środowiskowego zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art.233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.) za udzielenie nieprawdziwych informacji.

**Art.233 § 1.** Kodeksu Karnego Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

II. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez pracownika socjalnego o obowiązkach określonych w art. 109 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.): „**osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować właściwy organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń**”.

W przypadku przedstawienia nieprawdziwych informacji oraz niepoinformowania o zmianie sytuacji materialnej lub osobistej, świadczenia pieniężne już uzyskane zostaną uznane za świadczenia nienależnie pobrane, które podlegają zwrotowi niezależnie od dochodu rodziny ( art. 6 pkt16 i art.98 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz. U. z 2023 poz. 901 ze zm. ).

III. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym elektronicznego ( art.41 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 Kodeks postępowania administracyjnego- tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 572 ze zm.).

IV. W razie zaniedbania obowiązku określonego w art.41 § 1 kpa doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny ( art.41 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 Kodeks postępowania administracyjnego- tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 572 ze zm.)

V. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż strona ma możliwość zapoznania się z aktami sprawy na każdym etapie wszczętego postępowania, a przed wydaniem decyzji ma możliwość wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszenia żądań (art.10 ust.1 i art.81 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 Kodeks postępowania administracyjnego- tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 572.)



**VI. Oświadczam, że:**

1. uzyskałam/ em / nie uzyskałam/ em lub członek mojej rodziny, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku lub w okresie pobierania świadczenia z pomocy społecznej, dochodu jednorazowego przekraczającego pięciokrotnie kwoty:

1) kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, w przypadku osoby samotnie gospodarującej (**5050 zł**),

2) kryterium dochodowego rodziny, w przypadku osoby w rodzinie (**4115 zł**)  
uzyskałam/em dochód jednorazowy w wysokości.....zł  
wypłacony w miesiącu ..... roku z tytułu .....

2. uzyskałam/em / nie uzyskałam/em jednorazowego dochodu należnego za dany okres w wysokości.....(słownie .....)  
należnego za okres od ..... do ..... z tytułu.....

**VII. Puczona/ny o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks Karny ( Dz. U. z 2024 r. poz. 572 ) – za składanie fałszywych zeznań świadomy celu składania zeznań oświadczam, że:**

Prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.....  
Prowadzę wspólne gospodarstwo domowe.....

■ Posiadam/■ moja rodzina posiada następujące dochody: w miesiącu.....  
20..... r.(tak/nie);(wysokość):

- wynagrodzenie z pracy.....
- umowy zlecenie/umowy o dzieło.....
- z pracy za granicą.....
- z gospodarstwa rolnego, liczba ha przeliczeniowych.....x 459 zł = .....
- z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.....
- renta/emerytura/ świadczenie emerytalne.....
- zasiłek dla bezrobotnych.....
- stypendia socjalne/naukowe/unijne/inne.....
- praktyki szkolne.....
- zasiłek macierzyński.....
- świadczenia rodzinne: zasiłki rodzinne i dodatki do zasiłku rodzinnego.....
- zasiłek pielęgnacyjny.....
- świadczenie pielęgnacyjne.....
- alimenty/ świadczenie alimentacyjne.....
- dodatek mieszkaniowy.....
- dodatek energetyczny.....
- zasiłek stały.....
- zasiłek okresowy.....
- praca dorywcza.....
- pomoc rodziny.....
- inne źródła.....

**Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie

Stwierdzam własnoręczność podpisu

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie



Załącznik do wywiadu środowiskowego nr 2

**OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM**

**Projekt: „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja” realizowany w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027, Oś priorytetowa VII - Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa**

Ja ..... (imię i nazwisko)

urodzony(-na) .....

oświadczam, że na stan majątkowy\*) członków gospodarstwa domowego składają się:

**I. Nieruchomości:**

– mieszkanie – powierzchnia (m<sup>2</sup>), tytuł prawny:

.....

.....

– dom – powierzchnia (m<sup>2</sup>), tytuł prawny:

.....

.....

– gospodarstwo rolne – rodzaj, powierzchnia (w ha, w tym przeliczeniowych), tytuł prawny:

.....

.....

– inne nieruchomości (np. działki, grunty) – powierzchnia (m<sup>2</sup>), tytuł prawny:

.....

.....

**II. Składniki mienia ruchomego:**

– pojazdy mechaniczne – marka, model, rok produkcji, data nabycia, wartość szacunkowa:

.....

.....

– maszyny – rodzaj, rok produkcji, wartość szacunkowa:

.....

.....

Dziennik Ustaw – 5 – Poz. 589

– inne przedmioty wartościowe – rodzaj, wartość szacunkowa:

.....

.....

**III. Zasoby pieniężne:**

– środki pieniężne zgromadzone w walucie polskiej/obcej:

.....

.....

– papiery wartościowe – wartość szacunkowa:

.....

.....

**IV. Inne dodatkowe informacje o stanie majątkowym:**

.....

.....

Oświadczam, że zostałem(-łam) pouczone(-na) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 w zw. z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

\*) Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek osobisty.