

**Karta osoby potrzebującej wsparcia  
w Powiatowym Ośrodku Interwencji Kryzysowej w Sierpcu**

data pierwszego kontaktu:		
rodzaj zgłoszenia: osobiste, telefoniczne, inne, jakie:		
osoba prowadząca		
<b>1. Podstawowe dane</b>		
Nazwisko i imię		
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
Imiona rodziców		
Nazwisko rodowe		
Seria i nr d.o	Pesel	
Miejsce stałego zameldowania		
Aktualny adres /miejsce zamieszkania przed interwencją		
Telefon		
<b>2. Aktualna sytuacja życiowa</b>		
Stan cywilny <input type="checkbox"/> panna/kawaler <input type="checkbox"/> mężatka/zonaty <input type="checkbox"/> rozwódka/rozwiedziony <input type="checkbox"/> .....		
Dzieci małoletnie <input type="checkbox"/> tak Liczba ..... <input type="checkbox"/> nie		
<i>wypełnić Kartę informacyjną dziecka przebywającego w mieszkaniu interwencyjnym</i>		
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> podstawowe (gimnazjalne) <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe		
Zawód (ostatni, wykonywany)		
Pracuje <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Nazwa i adres zakładu pracy		
Źródło utrzymania <input type="checkbox"/> stałe zatrudnienie <input type="checkbox"/> renta <input type="checkbox"/> emerytura		
<input type="checkbox"/> zasiłek z PUP <input type="checkbox"/> zasiłek z OPS <input type="checkbox"/> alimenty <input type="checkbox"/> prace dorywcze <input type="checkbox"/> inne .....		
Miesięczny dochód .....		
Bezrobotna/-y zarejestrowana/-y <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Niepełnosprawna/-y <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Grupa/Stopień .....		
Karana/-y <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Warunki mieszkaniowe		

Uzależniona/-y od alkoholu, in. środków psychoaktywnych		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jeśli tak, to od .....			
Przebyte leczenie odwykowe		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Choroby zakaźne- jakie.....			
Leczenie psychiatryczne		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Rodzaj schorzenia			
Czy jest ubezpieczenie zdrowotne		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Przyjmowane leki			
Wychowanka/-ek placówek opiekuńczych i/lub opiekuńczo-wychowawczych		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nazwa i adres .....			
Objęta/y opieką kuratora sądowego		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nazwisko i imię kuratora ..... Tel. ....			
Pobyt w in. ośrodkach, schroniskach		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nazwa i adres			
Występowanie przemocy w rodzinie		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Formy doznanej przemocy:			
Jak długo trwa przemoc w rodzinie?			
Kiedy ostatnio doszło do przemocy?			
Czy świadkami przemocy są:		<input type="checkbox"/> dzieci	<input type="checkbox"/> dalsza rodzina <input type="checkbox"/> sąsiedzi <input type="checkbox"/> inni, kto?
.....			
Czy w związku z doznaną przemocą podejmowane były działania:			
<input type="checkbox"/> powiadamianie i interwencje policji, wypełniono Niebieską Kartę?			
<input type="checkbox"/> powiadomienie prokuratury <input type="checkbox"/> uruchomienie sprawy sądowej <input type="checkbox"/> przyznanie rodzinie kuratora			
<input type="checkbox"/> zobowiązanie do leczenia			
<input type="checkbox"/> prośba o pomoc w innej instytucji (jakiej?).....			
<input type="checkbox"/> inne, jakie? .....			
Z jakim skutkiem?			
inne ważne informacje o kliencie:			
<b>OBRAZ RODZINY KLIENTA:</b>			
członkowie rodziny (imiona, nazwiska, rok urodzenia, rodzaj pokrewieństwa)			
inne ważne informacje o rodzinie:			

**OPIS PROBLEMU** co jest bezpośrednim powodem zgłoszenia się obecnie do OIK (formułować jak klient) + wg „Kafeterii” problemów.

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

**HISTORIA PROBLEMU**, gdzie wcześniej klient szukał pomocy, z jakim skutkiem

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

**OCENA ZAGROŻENIA:** (własna interpretacja osoby prowadzącej) np.: zagrożenie śmiercią, narażenie zdrowia, ryzyko dekompensacji, zaburzeń, ostrych problemów rodziny, spełnianie określonych kryteriów interwencji kryzysowej)

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

**OCZEKIWANIA KLIENTA:** (dotyczące pomocy)

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

**ZASOBY KLIENTA:**

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

W razie wypadku, choroby zawiadomić /stopień pokrewieństwa .....

.....

W przypadku konieczności przejęcia opieki nad dziećmi zawiadomić\*

.....

**WSTĘPNY PLAN POMOCY:**

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

**CO JESZCZE POWINNIŚMY WIEDZIEĆ?**

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

**KARTA INFORMACYJNA DZIECKA PRZEBYWAJĄCEGO  
Z RODZICEM/OPIEKUNEM POTRZEBUJĄCYM WSPARCIA  
W POWIATOWYM OŚRODKU INTERWENCJI KRYZYSOWEJ W SIERPCU  
(jeśli dotyczy)**

1. Podstawowe dane:	
Nazwisko i imię	
Data urodzenia	Miejsce urodzenia
Imię i nazwisko ojca	
Imię i nazwisko matki	
Czy dziecko objęte jest opieką kuratora sądowego? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Nazwisko i imię kuratora, adres, tel. kontaktowy	
Przyczyna nadzoru, od kiedy?	
Czy dziecko było świadkiem lub ofiarą przemocy: fizycznej, psychicznej, seksualnej, zaniedbania? ..... .....	
Czy dziecko uczestniczyło w terapii? Jeżeli tak, gdzie i jak długo?	
2. Edukacja szkolna	
Nazwa żłobka, przedszkola, szkoły, nr i adres	
klasa / br. szkolny	Powtarzane klasy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wychowawca, pedagog szkolny, tel. kontaktowy	
Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej (data, przyczyna) lub czy jest potrzeba takiego badania?	
Funkcjonowanie społeczne dziecka, stosowanie używek?	
Uczestnictwo w zajęciach dodatkowych, zainteresowania dziecka?	
3. Sytuacja zdrowotna	
Leczenie specjalistyczne, stałe konsultacje lekarskie, zażywane leki, niepełnosprawność? ..... ..... .....	
4. Wskazówki do pracy z dzieckiem: ..... ..... .....	

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka: .....  
oraz wyrażam zgodę na objęcie go/ ich wsparciem psychologicznym, pedagogicznym, terapeutycznym w Ośrodku Interwencji Kryzysowej:  
.....

podpis rodzica

podpis pracownika

**UZGODNIENIA**  
dotyczące korzystania ze schronienia w mieszkaniu interwencyjnym  
(jeśli dotyczy)

Cel pobytu

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

Okres pobytu

.....

Rodzaj i zakres wsparcia w mieszkaniu interwencyjnym

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

Zasady i sposoby realizacji wsparcia w mieszkaniu interwencyjnym

lp	Rodzaj planowanego wsparcia	Termin realizacji

Uzgodnienia zostały sporządzone w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

.....  
(data i miejsce)

.....  
podpis  
osoby wnioskującej  
o schronienie

.....  
podpis  
pracownika POIK

<b>Data opuszczenia POIK:</b>		
<b>Planowane miejsce pobytu:</b>		

