

## Wstępna ocena sytuacji i potrzeb rodziny

Data pierwszej rozmowy: .....

Data drugiej rozmowy: .....

Osoba, z którą przeprowadzono wywiad:	
Rodzina: struktura, imiona i wiek opiekunów, imiona i wiek dzieci:	

Czynniki ryzyka związane z potrzebami rozwojowymi dziecka/ młodego człowieka					
Czynniki ryzyka	✓	Imię dziecka	Czynniki ryzyka	✓	Imię dziecka
Problemy ze zdrowiem fizycznym	<input type="checkbox"/>		Zachowania antyspołeczne	<input type="checkbox"/>	
Problemy ze zdrowiem psychicznym	<input type="checkbox"/>		Niestosowne / szkodliwe zachowania seksualne w stosunku do innych	<input type="checkbox"/>	
Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/>		Wykorzystanie seksualne- aktualnie	<input type="checkbox"/>	
Dziecko, które ma niepełnosprawne rodzeństwo	<input type="checkbox"/>		Wykorzystanie seksualne – w przeszłości	<input type="checkbox"/>	
Upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/>		Niskie osiągnięcia szkolne (oceny)	<input type="checkbox"/>	
Obawy związane z odżywianiem	<input type="checkbox"/>		Trudności w nauce	<input type="checkbox"/>	
Nadużywanie alkoholu	<input type="checkbox"/>		Porzucenie szkoły	<input type="checkbox"/>	
Nadużywanie/ uzależnienie od narkotyków i/lub środków psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>		Ryzyko wykluczenia ze szkoły (niska frekwencja)	<input type="checkbox"/>	
Niska samoocena	<input type="checkbox"/>		Trudności w relacjach z rówieśnikami	<input type="checkbox"/>	
Problem z zachowaniem	<input type="checkbox"/>		Konflikt z prawem	<input type="checkbox"/>	
Zakażenie HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>		Inne ( wymienić)	<input type="checkbox"/>	

### Rodzinne i środowiskowe czynniki ryzyka - rodziców i/lub opiekunów

Czynniki ryzyka	✓	Imię rodzica/ opiekuna	Czynniki ryzyka	✓	Imię rodzica/ opiekuna
Problemy ze zdrowiem fizycznym	<input type="checkbox"/>		Przemoc domowa - aktualnie	<input type="checkbox"/>	
Problemy ze zdrowiem psychicznym	<input type="checkbox"/>		Przemoc domowa – w przeszłości	<input type="checkbox"/>	
Zakażenie HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>		Bezdomność	<input type="checkbox"/>	
Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/>		Problemy mieszkaniowe	<input type="checkbox"/>	
Nadużywanie/uzależnienie od alkoholu	<input type="checkbox"/>		Braki w dokumentach prawnych rodziny	<input type="checkbox"/>	
Nadużywanie/uzależnienie od narkotyków i/lub środków psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>		Ubóstwo	<input type="checkbox"/>	
Bezrobocie	<input type="checkbox"/>		Brak stałego źródła dochodu	<input type="checkbox"/>	
Konflikt z prawem	<input type="checkbox"/>		Niskie umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	
Ofiara przemocy w dzieciństwie	<input type="checkbox"/>		Rodzina w okresie żałoby	<input type="checkbox"/>	
Opiekun stosował przemoc wobec dzieci w przeszłości	<input type="checkbox"/>		Zmiana miejsca zamieszkania w ostatnim czasie	<input type="checkbox"/>	
Opiekun ma doświadczenia wychowywania się w pieczy instytucjonalnej	<input type="checkbox"/>		Analfabetyzm	<input type="checkbox"/>	
Opiekun opuścił dzieci lub dzieci były odebrane przez sąd	<input type="checkbox"/>		Rodzina jest beneficjentem OPS	<input type="checkbox"/>	
Rozwód	<input type="checkbox"/>		Opiekun chce porzucić dziecko	<input type="checkbox"/>	
Konflikty małżeńskie/rodzinne	<input type="checkbox"/>		Inne (wymienić)	<input type="checkbox"/>	

Podpis rodzica/ców lub opiekuna/ów

.....

Wywiad z rodziną przeprowadził/ła:

.....

.....

Podpis koordynatora:

.....