Załącznik nr 3
do Regulaminu mieszkania treningowego
o charakterze interwencyjnym w Sztumie

……
Data wypełnienia

Karta informacyjna osoby dorosłej korzystającej/-ego z pobytu w mieszkaniu treningowym o charakterze interwencyjnym

1. Podstawowe dane:

Nazwisko i imię:	
Seria i nr dowodu osobistego:	Data i miejsce urodzenia:
PESEL:	Nr telefonu:
Adres stałego zameldowania:	
Data przyjęcia do mieszkania:	
Przyczyna:	
Data planowanego opuszczenia mieszkania:	
Planowane miejsce pobytu, po opuszczeniu mieszkania:	

2. Opis sytuacji:

……...
……...
……...
……...
……...

3. Aktualna sytuacja życiowa:

Stan cywilny:	Dzieci: **TAK/NIE** Liczba:
Wykształcenie:	Zawód:
Zarejestrowany w PUP: **TAK/NIE**	Planowany termin rejestracji w PUP:
Źródło utrzymania:	Miesięczny dochód:
Adres zakładu pracy/telefon:	
Niepełnosprawność: **TAK/NIE**	Grupa/stopień:
Leczenie psychiatryczne: **TAK/NIE**	Rodzaj schorzenia:
Karalność: **TAK/NIE**	Przyczyna:
Uzależnienia (alkohol/ narkotyki): **TAK/NIE**	Od czego:
Leczenie odwykowe: **TAK/NIE**	Gdzie:
Choroby zakaźne: **TAK/NIE**	Jakie:

Aktualny stan zdrowia:	Przyjmowane leki:
Podopieczny/na pieczy: **TAK/NIE**	
Nazwa i adres rodziny zastępczej/ placówki:	
Kuratela sądowa: **TAK/NIE**	
Dane kuratora/ telefon:	
Pobyt w innych ośrodkach, schroniskach: **TAK/NIE**	
Nazwa i adres ośrodka/schroniska:	
W razie wypadku, choroby zawiadomić: ……..…... Stopień pokrewieństwa z osobą wskazaną wyżej: ……..	
W przypadku konieczności przejęcia opieki nad dziećmi zawiadomić (imię i nazwisko, adres, nr. telefon): ……	

4. Informacje dotyczące sytuacji doświadczania przemocy domowej.

Formy doznanej przemocy:			
Jak długo trwa przemoc w danej rodzinie?			
Kiedy ostatnio doszło do przemocy?			
Kto był świadkiem przemocy (dzieci, dalsza rodzina, sąsiedzi, itd.)?			
Czy w związku z doznaną przemocą podejmowane były jakieś działania?			
interwencje policji	**TAK/NIE**	przyznanie rodzinie kuratora	**TAK/NIE**
powiadomienie prokuratury	**TAK/NIE**	wypełniono Niebieską Kartę	**TAK/NIE**
uruchomienie sprawy sądowej	**TAK/NIE**	zobowiązanie do leczenia	**TAK/NIE**
prośba o pomoc w innej instytucji **TAK/NIE** (jakiej?)			
z jakim skutkiem?			

5. Oczekiwania klientki/klienta:

……

……

……...

……. …….

podpis klientki/-a podpis pracownika