## Kwestionariusz dotyczący osoby bezdomnej (dorosłej i dziecka)

## Badanie: 7 / 8 luty 2013r

**W przypadku stwierdzenia przez ankietera zagrożenia życia lub zdrowia osoby bezdomnej należy powiadomić policję**

**Miejsce przeprowadzenia badania**

**Województwo – …………………; Powiat…………..…………….. Gmina…..…………….…......….Miejscowość…………..…..………**

1. Ogrzewalnia, noclegownia ...............................................................................................................................
2. Schronisko, dom dla osób bezdomnych, hostel................................................................................................
3. Mieszkania wspierane, chronione, treningowe, wynajmowane ......................................................................
4. Szpitale, hospicja, ZOL-e, inne placówki zdrowia..............................................................................................
5. Zakłady karne, areszty śledcze..........................................................................................................................
6. Izby wytrzeźwień, pogotowia socjalne..............................................................................................................
7. Miejsca niemieszkalne (jakie)...........................................................................................................................
8. Pustostany, domki. altany działkowe….............................................................................................................
9. Inne, jakie?........................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| * **Czy w dniu dzisiejszym był Pan(i) badany(a) tym wywiadem? TAK NIE**

UWAGA!!! Pierwszym pytaniem, które należy zadać respondentowi jest pytanie czy w dniu dzisiejszym był badany tym wywiadem. Jeśli dana osoba już uczestniczyła w wywiadzie prosimy nie rozpoczynać wywiadu.Jeśli z osobą bezdomną z pewnych względów jest utrudniony kontakt (np. wpływ środków psychoaktywnych) bądź osoba bezdomna odmawia wzięcia udziału w badaniu prosimy o wypełnienie kwestionariusza wywiadu z zaznaczeniem płci, szacowanego wieku, miejscem przebywania osoby bezdomnej. W znajdującym się na końcu kwestionariusza punkcieUWAGI prosimy pokrótce opisać zaistniała sytuacjęW przypadku dzieci (do 18 lat) wypełniamy tylko pytania 1-3 |
| 1. [ ]  osoba dorosła [ ]  dziecko
 | 1. Płeć: [ ]  mężczyzna [ ] kobieta
 |
| 1. Wiek (liczba lat): …………………….……..
 | 1. Jak długo jest Pan (i) osobą bezdomną (podać liczbę lat lub miesięcy)?

[ ]  lat …………………… [ ]  miesięcy ………………….. |
| 1. Jak jest przyczyna Pana(i) bezdomności: (należy zaznaczyć maksymalnie 3 główne powody)

 1. [ ]  eksmisja, wymeldowanie 2. [ ]  konflikt rodzinny 3. [ ]  uzależnienie 4. [ ]  przemoc w rodzinie 5. [ ]  utrata noclegów w miejscu byłej pracy 6. [ ]  opuszczenie placówki opiekuńczo-  wychowawczej (np. dom dziecka) 7. [ ]  zadłużenie 8. [ ]  bezrobocie, brak pracy 9. [ ]  opuszczenie zakładu karnego 10. [ ]  zły stan zdrowia, niepełnosprawność | 1. Jakie źródła dochodu Pan(i) posiada? (Można zaznaczyć́ dowolną liczbę̨ odpowiedzi

 1. [ ]  zatrudnienie;  2. [ ]  praca na czarno;  3. [ ]  zbieractwo;  4. [ ]  zasiłek z pomocy społecznej;  5. [ ]  świadczenia ZUS;  6. [ ]  żebractwo;  7. [ ]  alimenty 8. [ ]  renta/emerytura;  9. [ ]  inne/jakie?........................................................  10. [ ]  nie posiadam w ogóle dochodu |
| 1. Ostatnie zameldowanie na stałe:

Województwo ……………….…………Powiat…………….…..…….….. Gmina…..…………..….........….Miejscowość…………………………..… |
| 1. Jakie jest Pana(i) wykształcenie?

 1. [ ] niepełne podstawowe; 2. [ ] podstawowe;  3. [ ] gimnazjalne ; 4. [ ] zawodowe,  5. [ ] średnie; 6. [ ] wyższe ;  | 1. Czy Pan(i) korzysta z pomocy i w jakiej postaci?:

 1. [ ] wsparcie finansowe; 2. [ ] schronienie;  3. [ ] posiłek ; 4. [ ] odzież,  5. [ ] inne; 6. [ ] nie korzysta  |
| 1. Czy posiada Pan(i) stopień niepełnosprawności (grupę inwalidzką): [ ]  tak [ ]  nie
 | 1. Czy posiada Pan(i) ubezpieczenie zdrowotne:

 [ ]  tak [ ]  nie |

*Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej wywiad ….……………………………………………………………………………………..……*

Uwagi ............................................................................................................................................................................