

Dzień dobry, nazywam się ..... Jestem ankierem/ką w ogólnopolskim badaniu bezdomności zarządzanym przez MRPiPS. Przeprowadzamy wywiady aby poznać sytuację osób doświadczających bezdomności i móc zaplanować lepszą pomoc. Udział w badaniu jest dobrowolny, ankieta jest anonimowa, a Pana/i odpowiedzi będą znane tylko mi i Panu/i. Będę musiał/a przeczytać wszystkie pytania i zanotować odpowiedzi, co zajmie nam 10 minut.  
**Czy zgadza się Pan/i na udział w badaniu?**

**Miejsce wywiadu:**

Wojew:	Data:
Gmina:	
Miejscowość:	Godzina:
Dzielnica:	

**UTRUDNIONY KONTAKT**

=&gt; zapisujemy z obserwacji 1.płeć, 2.2.szacowany wiek, 9.1. miejsce przebywania

**BRAK ZGODY NA UDZIAŁ**

=&gt; zapisujemy z obserwacji 1.płeć, 2.2.szacowany wiek, 9.1. miejsce przebywania

**WYWIAD JUŻ PRZEPROWADZONO**=> **warto się upewnić gdzie/kto**, następnie podziękować i się pożegnać**DZIECKO (0-17 LAT) (odp. 5.d.)**

=&gt; wypełniamy tylko pytania o 1.płeć, 2.1.rok urodzenia, 9.1. miejsce przebywania

**ZGODA NA UDZIAŁ, NIE BYŁO WYWIADU**

=&gt; przechodzimy do pytań 1-13:

**1. Płeć:** a.K b.M c.os.transgenderowa d.os.niebinarna**2.1. Rok urodzenia:** ..... lub **2.2. wiek**.....

<b>3. Stan cywilny:</b>		<b>4. Wykształcenie:</b>		<b>5. Z kim obecnie Pani/Pan gospodaruje:</b> <i>można wskazać kilka odp</i>	
a.kawaler/panna	<input type="checkbox"/>	a.niepełne podstawowe;	<input type="checkbox"/>	a. samodzielnie/samotnie	<input type="checkbox"/>
b. żonaty/zamężna	<input type="checkbox"/>	b. podstawowe	<input type="checkbox"/>	b. partner/partnerka	<input type="checkbox"/>
c.rozwiedziony/rozwiedziona	<input type="checkbox"/>	c. gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	c. kolega/koleżanka/znajomy/znajoma	<input type="checkbox"/>
d. wdowiec/wdowa	<input type="checkbox"/>	d. zawodowe	<input type="checkbox"/>	d. małoletnie dzieci (0-17 LAT)	<input type="checkbox"/>
e. w wolnym związku	<input type="checkbox"/>	e. średnie (techniczne też)	<input type="checkbox"/>	e. dorosłe dzieci/członkowie dalszej rodziny	<input type="checkbox"/>
f. w separacji	<input type="checkbox"/>	f. wyższe	<input type="checkbox"/>	f. zbiorowo/w grupie	<input type="checkbox"/>
g. trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/>	g. nie wiem	<input type="checkbox"/>	g. inne osoby, jakie:	<input type="checkbox"/>

**6. Zameldowanie/ostatnie zameldowanie na pobyt stały:****6.1. Gmina**.....**6.2. Jeśli gmina zameldowania jest inna niż gmina przebywania (miejsce prowadzenia wywiadu), proszę podać ostatni rok, w którym tam Pan/i mieszkał/a:****6.2. ostatni rok** .....

<b>7.1. Obywatelstwo:</b>		<b>7.2. Narodowość:</b>	
a.polskie	<input type="checkbox"/>	a.polska	<input type="checkbox"/>
b. inne, jakie:	<input type="checkbox"/>	b.inna, jaka:	<input type="checkbox"/>

<b>8. Jak długo doświadcza Pan/i bezdomności?:</b>	
a. od ..... roku	Jeśli krócej niż dwa lata, proszę podać w miesiącach
<b>LUB</b> b. od ..... roku życia	

<b>9. Rodzaj miejsca przebywania/sytuacji mieszkaniowej:</b> <i>TERAZ – aktualny „epizod”</i> <i>KIEDYŚ – przed aktualnym „epizodem”</i>	<b>TERAZ</b>		<b>KIEDYŚ</b> <i>można kilka</i>	
	9.1.	9.2. Od ilu miesięcy?	9.3.	9.4. Ile razy?
a.Schronisko, hostel/pensjonat dla bezdomnych	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Dom samotnej matki, matki z dzieckiem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Placówka dla ofiar przemocy, ośrodek interwencji kryzysowej	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
d. Wspólnota, docelowy dom dla osób bezdomnych	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
e. Mieszkanie wspierane, chronione, treningowe na terenie placówki dla bezdom.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
f. Mieszkanie wspierane, chronione, treningowe „na mieście”	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
g. Pokój/łóżko wynajmowane w wielopokojowym/wieloosobowym pomieszczeniu	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
h. „Kątem” u znajomych/dalszej rodziny	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
i. Ogrzewalnia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
j. Noclegowania	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
k. Przestrzeń publiczna (klatki, place, dworce, parki)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
l. Działki i altany, szałas, samodzielne konstrukcje	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
m. Szpitale, hospicja, ZOL-e, placówki zdrowia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
n. Instytucje zdrowia psychicznego/leczenia uzależnień	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
o. Izba wytrzeźwień, pogotowie socjalne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
p. Zakład karny, areszt śledczy	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
r. Piecza zastępcza: dom dziecka, rodzina zastępcza	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
s. Ośrodek dla uchodźców	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
t. inne, jakie?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

<b>10. Czy takie wydarzenia miały miejsce w Pana/i życiu:</b> <i>Można wskazać kilka, w ostatniej kolumnie max 3</i>	<b>10.1. Przed bezdomnością</b>	<b>10.2. Podczas bezdomności</b>	<b>10.3. Które wydarzenia były według Pana/i <b>przyczyną</b> bezdomności? Proszę podać <b>3</b></b>
a. Konflikt w rodzinie wychowania: z rodzeństwem/rodzicami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Odejście/śmierć rodzica/opiekuna w dzieciństwie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Poważne problemy w nauce/szkoła specjalna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Eksmisja, wymeldowanie z mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Konflikt w związku, rozwód, rozpad związku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Okresy dłuższego bezrobocia - powyżej pół roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Brak ubezpieczenia zdrowotnego – powyżej pół roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Konflikt z prawem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Molestowanie seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bycie ofiarą przemocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Choroba przewlekła/ niepełnosprawność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Choroba/zaburzenia psychiczne inne niż uzależnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Uzależnienie od alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Uzależnienie od narkotyków/dopalaczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Uzależnienie od leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Uzależnienie od hazardu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Migracja/wyjazd na stałe do innego miasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Migracja/wyjazd na stałe do innego kraju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Zadłużenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Problemy wynikające z orientacji seksualnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Poniżanie/wyzywanie/bicie przez osoby postronne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. inne, jakie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>11. Z jakich źródeł pochodzą Pana/i dochody?</b>	<b>10.1. Z umową/legalna</b>	<b>10.2. Bez umowy/na czarno</b>
a. Stała praca u kogoś (wymiar około etatu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Prace dorywcze/sezonowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Praca chroniona/wspierana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Świadczenia z ZUS/renta/emerytura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zasiłki z pomocy społecznej/rodzinne/wychowawcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Alimenty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Własna działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Zbieractwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Żebractwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Inne, jakie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Czy Pana/i dochód „na rękę” w ostatnim miesiącu był niższy niż 575 PLN (na osobę):**      a. TAK      b. NIE

<b>13. Jakiej pomocy potrzebuje Pani/Pan obecnie?</b>	<b>12.1. Mam do niej dostęp, ale nie korzystam</b>	<b>12.2. Nie mam do niej dostępu a potrzebuję</b>
a. Żywnościowa – jedzenie, woda pitna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dostęp do łaźni, bieżącej ciepłej wody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Poradnictwo/pomoc prawna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Wsparcie asystenta/stałego pracownika socjalnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Miejsce w schronisku/placówce dla bezdomnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mieszkanie treningowe, wspierane, chronione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mieszkanie komunalne/socjalne, dostępne finansowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Zatrudnienie/znalezienie/utrzymanie pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Psychologiczna/terapeutyczna z zakresu zdrowia psychiczn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zdrowotna – zdrowie fizyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Finansowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Inna, jaka:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko ankietera:..... Brałem/am udział w szkoleniu dotyczącym tego badania: **TAK**    **NIE**

Funkcja ankietera:	<input type="checkbox"/>	Pracownik gminy	<input type="checkbox"/>
Wolontariusz	<input type="checkbox"/>	Strażnik miejski/policjant	<input type="checkbox"/>
Pracownik socjalny OPS	<input type="checkbox"/>	Inna:	<input type="checkbox"/>
Pracownik placówki dla osób bezdomnych	<input type="checkbox"/>		

**Dziękuję za udział  
w badaniu!**