**Громадська організація Вибір**

**Форма оцінювання**

**індивідуальних потреб отримувача(ів) соціальної послуги СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ОСІБ**

ПІБ отримувача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прізвище, власне ім’я, по батькові фахівця із соціальної роботи, який проводить оцінювання

**1. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСОБУ / ЧЛЕНІВ СІМ’Ї**

**Місце проживання / перебування (адреса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1.1. Інформація про проходження першого рівня соціальної послуги соціальної адаптації**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ветеран війни та члени його сім’ї отримали послугу соціальної реабілітації першого рівня***(так / ні)* | **Наявність рекомендацій для включення до індивідуального плану***(так / ні)* | **Надавач соціальної послуги соціальної адаптації першого етапу***(назва, адреса)* | **Фахівець із соціальної роботи мультидисциплінарної команди***(Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)* | **Контактна інформація***(телефон, e-mail)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**1.2. Повнолітні члени сім’ї**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)** | **Дата народження** | **Стать** | **Ступінь родинного зв’язку** | **Інвалідність***(так /  ні)*  | **Дієздатність***(повна /   неповна / часткова/ обмежена)* | **Місце роботи / навчання, посада** | **Реєстрація за місцем проживання***(так/ні)*  | **Наявність додаткового статусу особи / сім’ї (багатодітна, ВПО, опікун, прийомні батьки; батьки-вихователі тощо)** | **Контактний телефон** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**1.3. Інформація про дитину / дітей**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)** | **Дата народження** | **Стать** | **Ознаки порушень здоров’я / інвалідність***(так/ні)* | **Місце навчання**  | **Інша важлива інформація** (мешкає окремо (де саме), має статус дитини, позбавленої батьківського піклування, тощо*)**(зазначити, що саме)*   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

**2. СІМ’Я**

|  |  |
| --- | --- |
| **2.1. Актуальна життєва ситуація сім’ї** |   |
|  | Так | Ні | *Примітки* |   |
| Наявність у сім’ї значимих осіб (родичів, друзів, знайомих), які їх підтримують |   |   |   |   |
| Відсутність тривалих затяжних конфліктів із кимось із членів сім’ї / родини |   |   |   |   |
| Хоча б один член сім’ї усвідомлює наявність проблем та труднощів у сім’ї в період адаптації ветерана до цивільного життя і турбується про їх усунення |   |   |   |   |
| Інші фактори, що впливають на успішну адаптацію ветерана та його сім’ї (*вказати)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |   |   |
| **2**.**2. Соціальна історія сім’ї** |   |
| **Вплив негативного досвіду війни на ситуацію, що склалося в сім’ї** |   |
|   | Так | Ні | *Примітки* |   |
| Члени сім’ї є військовослужбовцями, беруть / брали участь у бойових діях |   |   |   |   |
| Сім’я була переселена / евакуйована |   |   |   |   |
| Члени сім’ї перебувають(ли) під окупацією, у зоні бойових дій |   |   |   |   |
| Члени сім’ї перебувають(ли) у полоні |   |   |   |   |
| Члени сім’ї отримали поранення внаслідок бойових дій |   |   |   |   |
| Члени сім’ї постраждали від насильства, пов’язаного з війною |   |   |   |   |
| Члени сім’ї вважаються зниклими безвісті  |   |   |   |   |
| Сім’я пережила втрату через війну |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. ЖИТЛО ТА ДОХОДИ**

|  |
| --- |
| **3.1. Стан помешкання та безпека** |
|   | *Так* | *Ні* | *Примітки* |
| У сім’ї є житло |   |   |   |
| У кожного члена сім’ї є своє місце для сну та простір для зберігання особистих речей |   |   |   |
| У кожної дитини є місце для ігор, навчання |   |   |   |
| Сім’ї не загрожує виселення |   |   |   |
| Стан помешкання задовільний |   |   |   |
| Сім’я має доступ до основних комунальних послуг (газ, вода, опалення, світло) |   |   |   |
| Сім’я має доступ до бомбосховища |   |   |   |
| **3.2. Доходи та працевлаштування** |
| У членів родини є постійна робота, яка дозволяє їм утримувати сім’ю |   |   |   |
| У сім’ї стабільний та регулярний прибуток |   |   |   |
| У сім’ї відсутні кредити, позики, за якими накопичується заборгованість |   |   |   |
| Члени родини обговорюють доцільність витрат / великих витрат |   |   |   |
| Витрати сім’ї є раціональними та обґрунтованими |   |   |   |
| За ветераном війни збережене попереднє робоче місце і він планує відновити / відновив роботу |   |   |   |
| Ветеран не працював / не планує працювати за фахом |   |   |   |
| Ветеран хоче змінити місце роботи або стати самозанятою особою |   |   |   |
| Ветеран планує або проходить професійне навчання / курси / самоосвітою займається |   |   |   |

**4. ЗДОРОВ’Я**

|  |
| --- |
| **4.1. Здоров’я та турбота про нього**  |
|   | *Так* | *Ні* | *Примітки* |
| У ветерана війни та членів його сім’ї укладена декларація з сімейним лікарем / педіатром |   |   |   |
| Ветеран / члени сім’ї довіряють та слідують рекомендаціям сімейного лікаря / педіатра, за необхідності забезпечують виконання індивідуальної програми реабілітації |   |   |   |
| В родині стежать, щоб дорослі / дитина / діти проходили необхідні медичні огляди |   |   |   |
| У членів сім’ї немає тривалих важких проблем зі здоров’ям |   |   |   |
| Ветеран війни / члени сім’ї не потребують лікування / реабілітації |   |   |   |
| Ветеран війни / члени сім’ї не мають розладів сну |   |   |   |
| Ветеран війни / члени сім’ї розуміють та вміють регулювати свій емоційний стан |   |   |   |
| Ветеран війни / члени сім’ї не демонстрували ознак вживання алкоголю, наркотичних засобів чи психотропних речовин протягом здійснення оцінювання; така інформація не надходила від надавачів інших послуг, представників із соціального оточення отримувача тощо |   |   |   |
| Ветеран війни / члени сім’ї не мають небезпечних (ризикованих) захоплень, хобі, шкідливих звичок |   |   |   |
| У випадку наявності у ветерана/членів родини хронічних хвороб / порушень розвитку / інвалідності члени родини вміють забезпечувати базовий догляд |   |   |   |
| Ветеран війни / члени сім’ї вміють користуватись технічними засобами реабілітації (за потреби) |   |   |   |
|   |

**5. СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ТА ДОСТУП ДО ПОСЛУГ**

|  |
| --- |
| **Соціальна інтеграція сім’ї** |
|   | *Так* | *Ні* | *Примітки* |
| Сім’я залучена до соціального життя громади |   |   |   |
| Сім’я поінформована про можливості отримання соціальних послуг та соціальної підтримки |   |   |   |
| Сім’я поінформована про діяльність центрів надання адміністративних послуг, органів соціального захисту населення |   |   |   |
| Члени сім’ї знають, куди звертатися у кризових ситуаціях |   |   |   |
| Сім’я користується ресурсами громади, відповідно до своїх потреб |   |   |   |