|  |
| --- |
| **Kwestionariusz osoby bezdomnej w ramach Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych – rok badania: 2024\*** |
| **WSTĘP** |

**W przypadku stwierdzenia przez ankietera zagrożenia życia lub zdrowia osoby bezdomnej należy niezwłocznie powiadomić odpowiednie służby, w tym policję – tel. 112 i 997**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Czy w dniu dzisiejszym był Pan(i) badany(a) tym wywiadem? TAK NIE** | * **Czy zgadza się Pan/i na udział w badaniu? 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 odmawia wzięcia udziału w badaniu, prosimy o wypełnienie kwestionariusza wywiadu z zaznaczeniem miejsca przebywania, płci, szacowanego wieku.  W przypadku dzieci (0-17 lat) wypełniamy tylko pytania 1-4 oraz miejsce przebywania. | |

**Miejsce przeprowadzenia badania / przebywania osoby bezdomnej[[1]](#footnote-1):**

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

**Czy miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców?**  **Tak,**  **Nie**

1. Noclegownia………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………
2. Ogrzewalnia…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Schronisko dla osób bezdomnych………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. Schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi………………………………………………………………………………………..
5. Mieszkanie chronione………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
6. Mieszkanie wspomagane………………….…………………………………………………………………………………………………………………………
7. Mieszkanie treningowe…………………………….…………………………………………………………………………………………………………………
8. Dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży………………………………………………………………………….…………………….
9. Ośrodek interwencji kryzysowej…………………………………………………………….…………………………………………………………...........
10. Specjalistyczny ośrodek wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie……………………………………………………………………..............
11. Szpital, hospicjum, ZOL, inna placówka zdrowia…………………………………………………………………………………………………………..
12. Zakład karny, areszt śledczy…………………………………………………………………………………………………………………………………………
13. Izba wytrzeźwień, pogotowie socjalne…………………………………………………………………………………………………………………………
14. Instytucja zdrowia psychicznego/leczenia uzależnień………………………………………………………………………………………………….
15. Ośrodek dla uchodźców………………………………………………………………………………………………………………………………………………
16. Inna placówka …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
17. Pustostan, domek na działce, altana działkowa.………………………………………………………………………………………………………….
18. Miejsce niemieszkalne: ulica, klatka schodowa, dworzec PKP i PKS, altana śmietnikowa, piwnica, itp. ……………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PYTANIA** | | | | | | | | | | | |
| 1. **Płeć:** 1.1**.** kobieta   1.2.mężczyzna | | | 1. **Wiek:** 2.1.Wiek (liczba lat, może być szacowany w przypadku utrudnionego kontaktu)………………   osoba dorosła (pow. 18 lat) dziecko (0-17 lat) | | | | | | | | |
| 1. **Obywatelstwo i dane o azylu oraz statusie uchodźcy** | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Obywatelstwo | Inne - pozostałe | | | | | | | 3.2. Czy jest w procesie ubiegania się o azyl? | | | |
| polskie | | ukraińskie | | | | | | Tak  Nie  Nie dotyczy | | | |
|  | | inne z Europy (wyłączając Ukrainę) | | | | | |  | | | |
|  | | inne z Azji | | | | | | 3.3. Czy posiada decyzję o nadaniu statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej ? | | | |
|  | | inne z Afryki | | | | | |
|  | | inne pozostałe lub brak | | | | | | Tak  Nie  Nie dotyczy | | | |
| 1. **Czy posiada Pan(i) zameldowanie na pobyt stały?:** | | | | | | 1. **Jak długo doświadcza Pan/i bezdomności?** | | | | | |
| 4.1. tak, w gminie obecnego pobytu | | * 1. tak, poza gminą obecnego pobytu | | | | 5.1. do 3 miesięcy  5.2. od 3 do 6 miesięcy  5.3. od 6 do 12 miesięcy  5.4. od 12 do 24 miesięcy | | | | 5.5. od 2 do 5 lat  5.6. od 5 do 10 lat  5.7. od 10 lat do 20 lat  5.8. powyżej 20 lat | |
| 4.3. nie, ostatnie zameldowanie było w gminie obecnego pobytu | | 4.4. nie, ostatnie zameldowanie było poza gminą obecnego pobytu | | | |
| 1. **Stan cywilny** | | | | | 1. **Wykształcenie** | | | | 1. **Z kim obecnie Pani/Pan gospodaruje:** | | |
| 6.1.kawaler/panna | | | |  | 7.1. niepełne podstawowe | |  | | 8.1. samodzielnie/samotnie | |  |
| 6.2. żonaty/zamężna | | | |  | 7.2. podstawowe | |  | | 8.2. partner/partnerka | |  |
| 6.3..rozwiedziony/rozwiedziona | | | |  | 7.3. gimnazjalne | |  | | 8.3. kolega/koleżanka/znajomy/znajoma | |  |
| 6.4. wdowiec/wdowa | | | |  | 7.4. zawodowe | |  | | 8.4. małoletnie dzieci (0-17 lat) | |  |
| 6.5. w wolnym związku | | | |  | 7.5. średnie (techniczne też) | |  | | 8.5. dorosłe dzieci/członkowie dalszej rodziny | |  |
| 6.6. w separacji | | | |  | 7.6. wyższe | |  | | 8.6. zbiorowo/w grupie | |  |
| 6.7. trudno powiedzieć | | | |  | 7.7. nie wiem | |  | | 8.7. inne osoby | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Jakie źródła dochodu Pan(i) posiada? (Można zaznaczyć́ dowolną liczbę̨ odpowiedzi):** | |
| 9.1. zatrudnienie;  9.3. praca chroniona/zatrudnienie wspierane;  9.5. zasiłek z pomocy społecznej;  9.7. żebractwo;  9.9. renta/emerytura;  9.11. inne | 9.2. praca na czarno;  9.4. zbieractwo;  9.6. świadczenia ZUS;  9.8. alimenty;  9.10. nie posiadam dochodu |
| 1. **Które wydarzenia były według Pana(i) przyczyną bezdomności? (proszę zaznaczyć maksymalnie 3):** | |
| 10.1. konflikt rodzinny  10.3. przemoc domowa  10.5. zadłużenie  10.7. problemy wynikające z orientacji seksualnej  10.9. eksmisja, wymeldowanie z mieszkania  10.11. uzależnienie od narkotyków  10.13. migracja/ wyjazd na stałe do innego kraju  10.15. opuszczenie placówki opiekuńczo-wychowawczej  10.17. konflikt z prawem  10.19. problemy wynikające ze zmiany wiary | 10.2. odejście/śmierć rodzica/opiekuna w dzieciństwie  10.4. rozpad związku  10.6. bezrobocie, brak pracy, utrata pracy  10.8. zły stan zdrowia, niepełnosprawność  10.10. uzależnienie od alkoholu,  10.12. uzależnienie od hazardu  10.14. choroba/zaburzenia psychiczne inne niż uzależnienia  10.16. opuszczenie zakładu karnego  10.18. inna przemoc niż domowa  10.20. inne, pozostałe |
| 11. **Czy Pan(i) korzysta z pomocy i w jakiej postaci?**  **(proszę zaznaczyć wszystkie formy, z których osoba korzysta):** | 12. **W jakich obszarach oczekuje Pan(i) wsparcia/pomocy? Jakie są Pana(i) potrzeby? (należy zaznaczyć maksymalnie 3 potrzeby)** |
| * 1. wsparcie finansowe   2. posiłek   3. odzież   4. schronienie   5. terapia uzależnień   6. opieka zdrowotna   7. nie korzystam   8. inne | 12.1 żywnościowe  12.2. higieniczne (dostęp do łaźni)  12.3.  zdrowotne  12.4.  schronienie  12.5.  terapia uzależnień  12.6.  wsparcie psychologiczne  12.7.  pomoc prawna  12.8.  pomoc w znalezieniu pracy  12.9.  finansowe  12.10.  mieszkaniowe  12.11.  nie oczekuję pomocy |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FUNCKJA ANKIETERA** | | | |
|  | *Wolontariusz* |  | *Pracownik gminy* |
|  | *Pracownik socjalny* |  | *Strażnik miejski/policjant* |
|  | *Pracownik placówki dla bezdomnych* |  | *Inna:* |

1. \*Wzór kwestionariusza może ulec zmianie. W takim przypadku zostanie ona zakomunikowana w odpowiednim czasie przed badaniem.

   Należy podać dane placówki/miejsca, w którym przeprowadzono badanie [↑](#footnote-ref-1)