

## فرم ویژه متقاضیان انجام فعالیت در حوزه مشاغل خانگی (به صورت تحت پوشش)

نام خانوادگی: نام:

تاریخ تولد: روز ---- ماه ---- سال ----

کد ملی: ---- شماره شناسنامه: ---- نام پدر: ----

جنسیت: زن ---- مرد ----

وضعیت تاهل: مجرد  متاهل

آدرس پست الکترونیکی: ----

### • نشانی :

استان	شهرستان	شهر	بخش	روستا
خیابان	کوچه	پلاک		
کدپستی	تلفن منزل	کد تلفن	تلفن همراه	

### • وضعیت ایثارگری :

ایثارگر  خانواده ایثارگر (والدین - همسر - فرزندان)  هیچکدام

### • نحوه انجام کار:

- توسط سرپرست خانوار

- سرپرست خانوار و تعداد ---- نفر از اعضاء خانواده (بالای ۱۵ سال)

- انجام کار توسط ---- نفر از سایر اعضاء خانواده (بجز سرپرست خانوار)

### • وضعیت جسمانی :

سالم

معلول (ذهنی - جسمی ، حرکتی - شنوایی - بینایی - روانی - گفتاری - چند معلولیتی)

• **تحصیلات :**

(برای فارغ التحصیلان ، آخرین مدرک تحصیلی و برای افراد در حال تحصیل ، مقطع تحصیلی آنها مد نظر است )

- بیسواد  خواندن و نوشتن  پنجم ابتدایی  سیکل  دیپلم و پیش دانشگاهی   
کاردانی  کارشناسی  کارشناسی ارشد  دکترا و بالاتر

رشته تحصیلی -----

• **نوع منزلی که در آن سکونت دارید:**

- آپارتمان  ویلایی  سایر ( چادر - کپر - آلونک - زاغه )

• **نوع مالکیت منزل مسکونی :**

- ملکی  استیجاری  سازمانی  سایر  ( با ذکر مورد )

• **متراژ محل سکونت : کل مساحت : مساحت زیربنا:**

• **چه مقدار از محل سکونت تان را به انجام فعالیت مورد نظر اختصاص خواهید داد؟**

• **امکانات و تسهیلات موجود در واحد مسکونی شما :**

- برق  تلفن ثابت  آب لوله کشی  گاز لوله کشی

• **وضعیت فعالیت اقتصادی:**

- شاغل  بیکار  دارای درآمد بدون کسب و کار

- خانه دار  در حال تحصیل  سایر

• **آیا تحت پوشش نظام بیمه و بازنشستگی می باشید؟**

- خیر  بلی  ( توضیح : در صورت پاسخ مثبت کادر ذیل تکمیل شود )

- **تامین اجتماعی** ( توضیح : در صورت پاسخ مثبت شماره بیمه ذکر شود )

- روستاییان و عشایر  - بازنشستگی کشوری

- نیروهای مسلح  - سایر  ( با ذکر نام )

• عنوان شغل خانگی مورد تقاضا :

توضیح : در صورتیکه عنوان شغل مورد تقاضا در فهرست موجود نباشد ، شغل جدید را پیشنهاد نمایید تا بررسی و در صورت امکان به فهرست رشته ها اضافه گردد.

• آیا دارای مهارت لازم جهت انجام شغل خانگی مورد تقاضا هستید ؟

بلی  خیر

• منبع کسب مهارت شما چه بوده است ؟

آموزشگاه آزاد  مرکز آموزش فنی و حرفه ای

شیوه تجربی (استاد شاگردی- شغل پدری- روش خود آموز)

سایر (با ذکر نام)

• آیا در دوره های آموزش کارآفرینی شرکت کرده اید؟

خیر  بلی (توضیح: در صورت پاسخ مثبت کادر ذیل تکمیل شود)

عنوان دوره ..... نام دستگاه صادر کننده گواهی .....

شماره گواهی پایان دوره ..... تاریخ گواهی پایان دوره .....

• آیا برای انجام شغل مورد تقاضا ، از نهاد یا مؤسسه ای مجوز فعالیت دارید ؟

خیر  بلی (توضیح: در صورت پاسخ مثبت کادر ذیل تکمیل شود)

عنوان مجوز ..... نام دستگاه صادر کننده مجوز .....

شماره مجوز ..... تاریخ مجوز .....

• آیا تحت پوشش نهاد و یا ارگان حمایتی هستید ؟

خیر  بلی (توضیح: در صورت پاسخ مثبت کادر ذیل تکمیل شود)

- سازمان بهزیستی کشور  - کمیته امداد امام خمینی (ره)

- بنیاد شهید و امور ایثارگران