4-فرم ثبت مشخصات داوطلب سلامت محله

|  |
| --- |
| **نام** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **کدملی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **نام خانوادگی** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ملیت** | **ایرانی** | **غیرایرانی** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ تولد** |  |  | **13** |

|  |  |
| --- | --- |
| **مرد** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **کد ساختمان** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **زن** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **کد بلوک** |  |

**تعداد خانوار تحت پوشش**  **جنسیت:**

|  |
| --- |
|  |

**آدرس دقیق پستی:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تلفن ثابت:** |  | **تلفن همراه:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ایمیل:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ شروع همکاری:** | **تاریخ قطع همکاری:** | | | | | **علت قطع همکاری:** | | | | | | | | | | | | | |
| **میزان آشنایی با کامپیوتر در منزل:** | **خیلی زیاد** | | | | | **زیاد** | | | | | | | **کم** | | | | **ندارم** | | |
| **امکان استفاده از کامپیوتر در منزل:** | **دارم** | | | **ندارم** | | | | | **امکان استفاده از اینترنت** | | | | | **دارم** | | | **ندارم** | | |
| **وضعیت تحصیلی:** | **خواندن و نوشتن** | | | **راهنمایی** | | | | | **دیپلم** | | | | | **بالاتر از دیپلم** | | | | | |
| **وضعیت تاهل:** | **دارای همسر** | | | **بی همسر به علت فوت** | | | | **بی همسر به علت طلاق** | | | | | | **هرگز ازدواج نکرده** | | | | **مورد ندارد(زیر 10 سال)** | |
| **نام بیمه اصلی:** | **نام بیمه تکمیلی** | | | | | | | | | **دفترچه بیمه ندارد** | | | | | | | | | |
| **وضعیت اشتغال:** | **خانه دار** | | **شاغل (کارمند-کارگر- آزاد)** | | | | | | | | **بیکار** | | | | **محصل یا دانشجو** | | | | |
| **ارتباط با سرپرست خانوار** | **همسر** | | **فرزند** | | | | | | | **سایر خویشاوندان** | | | | | | | | | |
| **توانمندی ها و تمایل داوطلب سلامت**  **به فعالیت های:** | **هنری**  **(قیدشود)** |  | | | **آموزشی (قیدشود)** | |  | | | | | **اجتماعی (قیدشود)** |  | | | **فرهنگی**  **(قیدشود)** | | |  |
| **نمره ارزشیابی داوطلب سلامت**  **محله (هر6ماه یکبار:** | **تاریخ**  **نمره** | | | | **تاریخ**  **نمره** | | | | | | | **تاریخ**  **نمره** | | | | **تاریخ**  **نمره** | | | |

**-به منظور شناسایی توانمندی ها و ظرفیت های داوطلبان سلامت محله این فرم برای هریك از داوطلبان سلامت محله توس مراقب سلامت /بهورز مرتب تکمیل گردد.**