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.**