

در این قسمت چیزی ننویسید!

کد ملی متقاضی:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(در صورت اشتباه بودن کد ملی، سیستم به طور خودکار شما را حذف خواهد کرد.)

بسمه تعالی

فرم مشخصات متقاضیان تسهیلات اشغال «خانگی و خویش فرمایی»



صندوق مهر امام رضا(ع)

مهم: کلیه اطلاعات مندرج در این فرم طی مراحل مصاحبه‌ی تلفنی و حضوری و استعلام از ادارات کار و سازمان‌های بیمه‌گذار دقیقاً مورد بررسی قرار خواهد گرفت و چنانچه عدم صحت هر کدام از اطلاعات درج شده محرز گردد، نام شما را از بانک متقاضیان حذف شده و امکان ثبت نام مجدد نیز از شما سلب خواهد شد.

الف: مشخصات عمومی

1. نام: 2. نام خانوادگی: 3. نام پدر:
4. شماره‌ی شناسنامه: 5. سال تولد: 6. جنسیت: مرد زن
7. وضعیت نظام وظیفه (ویژه‌ی آقایان): دارای کارت پایان خدمت دارای کارت معافیت
8. وضعیت ایثارگری: آزاده جانباز زیر 30٪ جانباز بالای 30٪ رزمنده هیچکدام
- عضو خانواده‌ی: شهید جاویدالاثر آزاده جانباز هیچکدام
- نوع نسبت: فرزند همسر برادر/خواهر

9. ویژه‌ی افراد متأهل (مرد/زن)

- شغل همسر: کارمند کارگر شاغل آزاد دانشجو سرباز طلبه خانه‌دار (برای زن)
- بیکار (برای شوهر)
- تحصیلات همسر: زیردیپلم دیپلم فوق دیپلم لیسانس و بالاتر سایر:
- تعداد فرزندان: نفر.

10. ویژه‌ی افراد سرپرست خانواده (خانم/ آقا)

- زن سرپرست خانوار وضعیت همسر: فوت شده جداشده ازکارافتاده زندانی
- فرد مجرد سرپرست خانواده وضعیت والدین: پدر: فوت شده ازکارافتاده زندانی بیکار
- مادر: فوت شده شاغل خانه‌دار
- تعداد افراد تحت تکفل: نفر

11. تحت پوشش کدام یک از نهادها، سازمان‌ها یا طرح‌های حمایتی زیر هستید؟

- بنیاد شهید و امور ایثارگران کمیته‌ی امداد امام خمینی(ره) سازمان بهزیستی
- سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی صندوق بیمه‌ی بیکاری طرح بیمه‌ی درمان شهری (خویش فرمایی)
- طرح بیمه‌ی روستاییان سایر موارد ذکر کنید: هیچکدام

12. آیا ناتوانی (کم توانی) جسمی دارید؟ بلی خیر - ذکر کنید:

ب: تحصیلات و مهارت

13. سطح تحصیلات خود را مشخص نمایید!

- کم‌سواد - زیردیپلم - دیپلم (نظری کاردانش فنی-حرفه‌ای هنر)
 - فوق‌دیپلم (فنی کشاورزی علمی-کاربردی هنری سایر ذکر کنید:)
 - لیسانس (علوم پایه فنی-مهندسی کشاورزی علوم اجتماعی هنر سایر ذکر کنید:)
 - فوق‌لیسانس - دکتری حرفه‌ای - دکتری تخصصی - حوزوی
 - رشته‌ی تحصیلی (آخرین مدرک): - سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی:

14. آیا دوره مهارت آموزی مرتبط با فعالیت انتخابی خود را طی کرده اید؟ بلی خیر

| عنوان مهارت (آموزشی) | نهاد/سازمان آموزش‌دهنده | طول دوره | سال اخذ مدرک |
|----------------------|-------------------------|------------|--------------|
| 1) | | ساعت | |
| 2) | | ساعت | |

15. آیا سابقه تجربه کاری (مهارت تجربی) مرتبط با فعالیت انتخابی دارید؟* بلی خیر

| عنوان مهارت (تجربی) | محل کار | مدت کار | نوع کار |
|---------------------|---|-----------|--|
| 1) | دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> | ماه | کارمند <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> |
| 2) | دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> | ماه | کارمند <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> |

* مهارت مورد ادعای شما در این جدول، طی مراحل مصاحبه و بازرسی، توسط کارشناسان صندوق مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت و در صورت عدم توان اثبات مهارت مدعایی، تقاضای شما بدون هیچ‌گونه بررسی ثانویه‌ای (از روند بررسی صندوق) حذف خواهد شد.

16. آیا دوره‌ی آموزش کارآفرینی (خلاقیت، ریسک‌پذیری، تهیه‌ی طرح شغلی و غیره) یا مهارت‌های کسب‌وکار (بازاریابی، حسابداری،

آشنایی با قوانین و مقررات و غیره) طی کرده‌اید؟

| عنوان دوره | نهاد/سازمان آموزش‌دهنده | طول دوره | سال طی دوره |
|------------|-------------------------|------------|-------------|
| 1) | | ساعت | |
| 2) | | ساعت | |

17. آیا تاکنون کسب‌وکاری را راه‌اندازی و اداره کرده‌اید؟ بلی خیر

| عنوان کسب‌وکار | سال راه‌اندازی | مدت فعالیت | تعداد شاگرد (کارگر) | علت تعطیلی |
|----------------|----------------|------------|---------------------|------------|
| 1) | 13 | ماه | نفر | |
| 2) | 13 | ماه | نفر | |

18. اوقات بیکاری خود را صرف چه فعالیت‌ها و اموری می‌کنید؟

- مطالعاتی ذکر کنید: زمان در هفته: ساعت
- ورزشی ذکر کنید: عضویت در باشگاه/تیم/هیأت: آری خیر
- فرهنگی/هنری ذکر کنید: سایر
- ذکر کنید: هیچکدام

ج: وضعیت بیکاری*

19. مدت زمان بیکاری: ماه،

20. علت بیکاری: اتمام تحصیلات اتمام سربازی آزادی از زندان تعطیلی کسب‌وکار قبلی
خروج یا اخراج از کار قبلی سایر ذکر کنید:

21. اگر بیمه هستید نوع بیمه: تأمین اجتماعی خدمات درمانی خویش‌فرمایی
سایر موارد ذکر کنید:

* در صورت درج هر گونه اطلاعات خلاف واقع در تکمیل این بند، تقاضای شما بدون هیچ‌گونه بررسی ثانویه‌ای از روند بررسی صندوق خارج خواهد شد.

د: کسب‌وکار انتخابی

22. عنوان کسب‌وکار انتخابی:

23. نوع کسب‌وکار: خانگی خویش‌فرمایی (تجاری-صنفي/کشاورزی)

24. آیا تاکنون اقدامی برای کسب‌وکار پیشنهادی انجام داده‌اید؟

هیچ اقدامی انجام نشده بخشی از کار انجام شده ولی به مرحله‌ی بهره‌برداری نرسیده

25. برآورد تعداد فرصت شغلی که ایجاد خواهد شد: نفر

26. آیا آورده‌ای برای کسب‌وکار مورد نظر دارید؟ بلی خیر

- آورده‌ی نقدی میزان: ریال

- آورده‌ی غیرنقدی (مغازه/ملک تجهیزات/ابزار سایر ذکر کنید:

27. چه میزان وام برای راه‌اندازی کسب‌وکار پیشنهادی نیاز دارید؟ ریال

28. اگر تاکنون از تسهیلاتی جهت راه‌اندازی کسب‌وکار استفاده کرده‌اید، جدول زیر را تکمیل نمایید!

| بانک/مؤسسه/صندوق اخذ تسهیلات | تاریخ اخذ | میزان تسهیلات | توضیحات |
|------------------------------|-----------|---------------|---------|
| (1) | | | |
| (2) | | | |

29. خلاصه‌ای از ایده‌ی خود را برای کسب‌وکار مورد نظر بنویسید!

..... محصول (کالا/خدمت) تولیدی:

..... شیوه‌ی انجام کار:

..... نحوه‌ی شناسایی و جذب مشتریان:

..... پیش‌بینی فروش یا درآمد سالیانه (ریال):

..... سودخالص سالیانه (ریال):

..... سایر توضیحات:

ه: وضعیت سکونت و نشانی

30. وضعیت سکونت: شهری روستایی

31. نشانی و شماره‌ی تماس خود را بنویسید!

نشانی: استان: شهرستان: شهر/روستا: خیابان اصلی: خیابان فرعی: کوچه/بن‌بست: پلاک: کد پستی ده‌رقمی: شماره‌ی تلفن: پیش‌شماره: شماره‌ی همراه:

32. وضعیت مسکن: ملکی (شخصی پدری) رهنی (مبلغ رهن: ریال)

استیجاری (اجاره‌ی ماهیانه: ریال، مبلغ ودیعه: ریال)

33. در این نشانی چند سال است که سکونت دارید؟ سال

34. دو نفر معرفی کنید که از سوابق شما آگاهی داشته باشند!

1) نام: نام خانوادگی: نوع وابستگی:

نشانی: استان: شهرستان: شهر/روستا: خیابان اصلی: خیابان فرعی: کوچه/بن‌بست: پلاک: کد پستی ده‌رقمی: شماره‌ی تلفن: پیش‌شماره: شماره‌ی همراه:

2) نام: نام خانوادگی: نوع وابستگی: نشانی:

استان: شهرستان: شهر/روستا: خیابان اصلی: خیابان فرعی: کوچه/بن‌بست: پلاک: کد پستی ده‌رقمی: شماره‌ی تلفن: پیش‌شماره: شماره‌ی همراه:

اینجانب صحت مندرجات فوق را تأیید می‌نمایم. امضاء: تاریخ تکمیل: روز / ماه / 13