



# KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

kandydata do zatrudnienia socjalnego  
w Centrum Integracji Społecznej w Siedlcach

## 1. DANE OSOBOWE:

Imię (imiona) i nazwisko.....  
Nazwisko rodowe.....  
Imię ojca..... Imię i nazwisko rodowe matki.....  
Data i miejsce urodzenia....., stan cywilny.....  
Nazwa dowodu tożsamości (seria i numer).....  
Numer PESEL.....  
Adres zameldowania.....  
Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż podany wyżej).....  
Adres do korespondencji (z kodem pocztowym).....  
Telefon domowy..... tel. komórkowy.....  
E-mail .....

## 2. DO JAKIEJ SEKCJI ZAWODOWEJ CHCIAŁBY/CHCIAŁABY PAN/PANI ZOSTAĆ PRZYJĘTY/PRZYJĘTA? (proszę zaznaczyć wybraną sekcję: x)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> opiekun osób starszych | <input type="checkbox"/> krawiec-szwacz | <input type="checkbox"/> ślusarz-spawacz      |
| <input type="checkbox"/> florysta-ogrodnik      | <input type="checkbox"/> gastronomiczna | <input type="checkbox"/> porządkowo-remontowa |

Proszę krótko uzasadnić dlaczego?

.....  
.....

## 3. SYTUACJA ZAWODOWA:

Wykształcenie .....Specjalność.....

**Dodatkowe kwalifikacje, uprawnienia** (np. ukończone kursy, szkolenia np. prawo jazdy itp.)

.....  
.....

**Posiadane umiejętności** (np. umiejętności remontowo- budowlane lub inne)

.....  
.....

**Zainteresowania** (hobby)

.....  
.....

## Doświadczenie zawodowe

(zatrudnienie w oparciu o umowy oraz prace dorywcze)

Nazwa zakładu pracy/rodzaj umowy	Stanowisko	Okres zatrudnienia

## SYTUACJA OSOBY BEZROBOTNEJ (proszę odpowiednią odpowiedź zakreślić: x)

Czy jest Pan/i zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna?

tak  nie

Czy jest Pan/i zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 24 miesięcy?

tak  nie

## SYTUACJA RODZINNA

Informacja o osobach pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Zatrudniona/nie zatrudniona/uczeń	Sytuacja zdrowotna

## SYTUACJA ZDROWOTNA

1. Czy jest Pan/i zdrowa ?  tak  nie

jeżeli nie, proszę podać rodzaj schorzenia .....

2. Czy posiada Pan/i orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?  tak  nie

Stan zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i pomocniczy ( np. okulary).....

3. Czy pije Pan/i alkohol (proszę zaznaczyć właściwe(x))

piję  nie piję  piję okazjonalnie  jestem osobą uzależnioną

4. Czy w rodzinie istnieje problem alkoholowy?  tak  nie  
5. Czy podjęto leczenie odwykowe?  tak  nie  
6. Skutek podjętej terapii:  ukończona  nieukończona

## DODATKOWE INFORMACJE

### 1. Czy posiada Pan/ Pani prawo do:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zasiłku dla bezrobotnych      | <input type="checkbox"/> zasiłku przedemerytalnego                    |
| <input type="checkbox"/> świadczenia przedemerytalnego | <input type="checkbox"/> nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego |
| <input type="checkbox"/> renty strukturalnej           | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do pracy         |
| <input type="checkbox"/> innych świadczeń ZUS          | <input type="checkbox"/> emerytury                                    |
|  | <input type="checkbox"/> żadne z powyższych                           |

### 2. Czy Pan/i korzysta z pomocy społecznej? tak (jeżeli tak, to od ilu lat)..... nie

### 3. Czy znajduje się Pan/i w trudnej sytuacji życiowej i zawodowej ze względu na:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ubóstwo                                      | <input type="checkbox"/> bezrobocie                                     |
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawność                            | <input type="checkbox"/> alkoholizm lub narkomanię                      |
| <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie                           | <input type="checkbox"/> sieroctwo                                      |
| <input type="checkbox"/> bezdomność                                   | <input type="checkbox"/> długotrwałą lub ciężką chorobę                 |
| <input type="checkbox"/> odbycie kary pozbawienia wolności            | <input type="checkbox"/> bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych |
| <input type="checkbox"/> macierzyństwo / wielodzietność               | <input type="checkbox"/> zdarzenie losowe                               |
| <input type="checkbox"/> opuszczenie placówki opiekuńczo wychowawczej | <input type="checkbox"/> żadne z powyższych                             |

### 4. Skąd Pan/i dowiedział/a się o Centrum Integracji Społecznej? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź: x)

- |                                      |                                |  |   |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MOPR/GOPS   | <input type="checkbox"/> PUP   | <input type="checkbox"/> Znajomi                 | <input type="checkbox"/> Strona internetowa | <input type="checkbox"/> Prasa |
| <input type="checkbox"/> Telewizja   | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Uczestnik/Absolwent CIS | <input type="checkbox"/> Targi pracy        |                                |
| <input type="checkbox"/> Inne źródła |                                |  |   |                                |

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów informacyjnych i rekrutacyjnych w Centrum Integracji Społecznej w Siedlcach, na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r. poz 926, t. j. z póź. zmianami). Informacje dot. osoby składającej ankietę będą przedmiotem wymiany między Centrum Integracji Społecznej w Siedlcach a innymi instytucjami realizującymi zadania wynikające z Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, w szczególności Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie.

.....  
Data i podpis

**UWAGI**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*Data*

.....  
*Podpis osoby przyjmującej kwestionariusz*