



# KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

## kandydata do zatrudnienia socjalnego w Centrum Integracji Społecznej w Siedlcach

### 1. DANE OSOBOWE:

Imiona (imię pierwsze i imię drugie) i nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Imiona rodziców 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"/> remontowo-porządkowa |

*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*)

.....  
.....

## Przebieg zatrudnienia

( zatrudnienie w oparciu o umowy oraz prace dorywcze)

L. p.	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

L.p.	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,

Czy w rodzinie istnieje problem alkoholowy?  tak  nie

czy podjęto leczenie odwykowe?  tak  nie

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 zakreślić właściwą odpowiedź (x)).

- MOPR/GOPS    PUP    Znajomi    Strona internetowa    Prasa    telewizja
- Radio    uczestnik/absolwent CIS    targi pracy    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*