|  |  |
| --- | --- |
| نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاريخ تولد( روز/ ماه/ سال): شماره شناسنامه: کد ملی: محل تولد: محل صدور: تلفن همراه: | اطلاعات شخصی |
| مليت: مذهب: مجرد □ متاهل □ تعداد فرزندان: تعداد افراد تحت تکلف: |
| سال اتمام  | نام موسسه/ مدرسه | رشته تحصيلی | مدرک تحصيلی |
|  |  |  |  |
| انجام خدمت نظام وظيفه از تاريخ تا تاريخ معاف دائم □ معاف موقت □ خريد خدمت □ معافيت تحصيلی □ معافيت پزشکی □ علت معافيت پزشکی:  |
| آدرس محل سکونت: تلفن همراه : تلفن ثابت: متراژ و تعداد اتاق ها:آیا مالک محل سکونت خود هستید؟ بلی□ خیر□ مبلغ ودیعه و کرایه ماهیانه: |
| آیا در حال حاظر شاغل هستید؟ خير□ بلی□ آدرس محل کار فعلی: نام سرپرست و تلفن: |
| نام و نام خانوادگی: مليت: مذهب: مدرک تحصيلی: شغل: آدرس محل کار: | اطلاعات مربوط به همسر |
| مهارتها و قابلیتها یا دوره های آموزشی که گذرانده اید را نام ببرید | مهارتها و قابليتها |
|  |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| وضعیت بیمه | زندگی در این محل یا محل دیگر | مجرد(طلاق/متارکه) متاهل | درآمد ماهیانه(ريال) | بیکار/شاغل+(نوع شغل) | وضعیت و مقطع تحصیلی | سن | نسبت | نام و نام خانوادگی |
|  |  |  |  |  |  |  | همسر |  |
|  |  |  |  |  |  |  | فرزند |  |
|  |  |  |  |  |  |  | فرزند |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | وضعیت خانواده |
| نحوه آشنایی با بنیاد خیریه مهرگان و ذکر نام و مشخصات معرف:آیا کسی در خانواده شما سرپرستی افراد را به عهده دارد؟ خير□ بلی□ نام و نام خانوادگی سرپرست: | ساير اطلاعات |
| آیا از شخص ، موسسه یا ارگان دیگری کمک نقدی یا غیرنقدی دریافت می کنید: خير□ بلی□ نام موسسه: مبلغ ماهیانه(ريال): مبلغ قرض یا وام دریافت شده و شرایط بازپرداخت آن:نام و تلفن فرد یا افرادی که در آن موسسه می‌شناسید: |
| آیا یارانه به حساب شما واریز می‌شود؟خير□ بلی□ مبلغ: ريال آیا شخص دیگری از قسمتی یا تمام مبلغ یارانه شما استفاده می‌کند؟ خير□ بلی□ نام شخص:  دلیل: مبلغ: ريال آيا سوابق بيمه داريد؟ خير□ بلی□ تعداد سال : نوع بیمه: شماره بيمه:آيا تا کنون سابقه بيماری ممتد داشته ايد؟ خير□ بلی□ نوع بيماری:آيا دارای معلوليت هستيد؟ خير□ بلی□ نوع معلوليت:آیا در خانواده شما افراد بیمار یا معلول وجود دارند؟ خير□ بلی□ نام فرد: نسبت : شرح معلوليت یا بیماری:آيا تا کنون سابقه محکوميت داشته ايد؟ خير□ بلی□ نوع محکوميت:آيا از سيگار، مشروبات الکلی يا مواد مخدر استفاده می کنيد: خير□ بلی□( سيگار□ مشروبات الکلی□ مواد مخدر□)آیا در خانواده شما کسی از سیگار ، مشروبات الکلی یا مواد مخدر استفاده می کند؟ خير□ بلی□( سيگار□ مشروبات الکلی□ مواد مخدر□)نام و نسبت شخص با شما:آيا ورزش مي کنيد: خير□ بلی□ نوع ورزش و سطح آن را ذکر کنيد:آیا حساب بانکی دارید؟ خير□ بلی□ نام بانک و شعبه: شماره حساب یا شماره کارت: ترجیح میدهید که کمکهای ارائه شده به چه صورت باشد: □ نقدی □ اقلام جنسی نام يک تا سه نفر را به عنوان معرف ذکر نماييد(بجز افراد درجه یک خانواده باشد) : |
| تلفن تماس | سابقه آشنايی | محل کار | شغل | نام و نام خانوادکی |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| در صورت تمايل در هر زمينه اي که لازم مي دانيد توضيح بيشتر بدهيد: | توضيحات |
|

|  |
| --- |
| اقلام ضروری و مورد نیاز خود را نام ببرید: |
| ج)وسایل خانه و شخصی**1-****2-****3-****4-****5-** | ب) پوشاک**1-****2-****3-****4-****5-** | الف)مواد غذایی**1-****2-****3-****4-****5-** |

 | اقلام مورد نیاز |
| اينجانب بدينوسيله گواهي مي نمايم که کليه اطلاعات و پاسخ هاي داده شده در اين پرسشنامه مطابق با واقعيت بوده و چنانچه خلاف اظهارات مندرج در اين پرسشنامه ثابت شود بنیاد خیریه مهرگان حق حذف کلیه امکانات و درخواست عودت کمکهای ارائه شده را خواهد داشت.تاريخ: امضا: اثر انگشت:  |

اضهار نظر مصاحبه کننده : ( شرایط و روحیات فرزندان تحت تکفل شرح داده شود)

کپی مدارک شناسایی فرد و خانواده موجود است □ موجود نیست □

توضیح:

کپی مدارک دیگر مانند گواهیهای پزشکی و ... موجود است □ موجود نیست □

توضیح:

تاریخ: امضا: