



لطفا در هنگام استفاده از این فرم به نکات زیر توجه کنید:

- شما این فرم را از وب سایت "چه جوری" (www.chejoori.ir) برداشته‌اید
- هدف اصلی ارائه فرم‌های سازمان‌های مختلف بر روی وب سایت "چه جوری" آشنا کردن شما با اطلاعاتی است که در هنگام انجام هر کار لازم است تا در فرم‌های واقعی تکمیل نمایید
- در صورت تکمیل اطلاعات در فرم حاضر و ارائه آن به سازمان صاحب روال، ممکن است سازمان فرم تکمیل شده را پذیرفته و یا آن را نپذیرد و از شما بخواهد تا اطلاعات را در فرم‌های ارائه شده از سوی خود سازمان تکمیل کنید. در این زمینه مسئولیتی متوجه "چه جوری" نخواهد بود!
- وب سایت "چه جوری" نهایت تلاش خود را می‌کند تا روزآمدترین نسخه هر فرم را جهت آشنایی شما بر روی وب سایت قرار دهد. اما سازمان‌ها ممکن است در هر زمان بدون اطلاع ما ساختار یا شکل فرم مورد نظرشان را تغییر دهند. در این زمینه مسئولیتی متوجه "چه جوری" نخواهد بود!
- هر فرم در یکی از دو قالب doc یا pdf در چه جوری قرار می‌گیرد. فرم‌های pdf باید بر روی کاغذ چاپ شوند و محتوای آنها با قلم بر روی کاغذ تکمیل شوند. فرم‌های doc را باید با استفاده از نرم‌افزار MS Word بصورت تایپی تکمیل نموده و فرم تکمیل شده را بر روی کاغذ چاپ کنید.

| | |
|------------------|--|
| نام فرم: | پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان |
| نام سازمان: | سازمان تامین اجتماعی |
| نام روال: | چه جوری کارکنان خود را در سازمان تامین اجتماعی نامنویسی کنیم |
| نام فرم: | TE-P03-F01 |
| تعداد صفحات فرم: | دو صفحه |
| تاریخ انتشار: | آبان ۱۳۹۹ |
| تاریخ بروزرسانی: | آبان ۱۳۹۹ |



پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان

عکس

 نوع مخاطب: بیمه شده اصلی بیمه شده تبعی کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

| | | | |
|--|-----------------------|---|----------------------|
| نام خانوادگی: | | نام پدر: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| مذهب: | دین: | ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی | نام پدر: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| وضعیت تاهل: | نسبت: | جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن | شماره ملی: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| شماره شناسنامه / گذرنامه: | | شماره ملی: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| وضعیت: <input type="checkbox"/> انجام خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت | سری و سریال شناسنامه: | تاریخ تولد: روز | ماه |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | سال | <input type="text"/> |
| گروه خونی: | بخش صدور: | محل صدور: | شهر محل تولد: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

نشانی محل سکونت مخاطب

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| استان: | شهر: | کد پستی: | تاریخ شروع سکونت: / / |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| نشانی: | | | |
| کد شهر: | شماره تلفن ثابت: | شماره تلفن همراه: | نشانی الکترونیکی: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

اطلاعات تحصیلی

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| آخرین مقطع تحصیلی: | سال اخذ مدرک: | رشته تحصیلی: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

اطلاعات آشنایان مخاطب

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| نام: | نام خانوادگی: | شماره ملی: | تلفن ثابت: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| تلفن همراه: | شماره بیمه: | نشانی: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| نام: | نام خانوادگی: | شماره ملی: | تلفن ثابت: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| تلفن همراه: | شماره بیمه: | نشانی: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

اطلاعات بانکی مخاطب

| | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| تاریخ افتتاح حساب: / / | شماره حساب: | نوع حساب: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| نام بانک: | نام شعبه: | کد شعبه: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

تأییدیه کارفرما

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---|
| این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود. | تاریخ استخدام بیمه شده: / / ۱ | شغل: | معاینات قبل از استخدام: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> |
| | نام کارفرما: | شماره ملی کارفرما: | شناسه حقوقی کارگاه: |
| | نام کارگاه: | شماره کارگاه: | تلفن کارگاه: |
| | نشانی کارگاه: | | |
| | محل امضاء کارفرما | محل درج مهر کارگاه | |

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

| | | | |
|-------------|-------------|------------|-------------|
| شماره مجوز: | تاریخ مجوز: | شروع دوره: | خاتمه دوره: |
|-------------|-------------|------------|-------------|

اطلاعات بیماری خاص

| | | | | |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| نوع بیماری خاص: | <input type="checkbox"/> تالاسمی | <input type="checkbox"/> هموفیلی | <input type="checkbox"/> کلیوی | تاریخ شروع بیماری خاص: / / ۱ |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

| ردیف | نوع مخاطب (اصلی/تبعی) | شماره بیمه مخاطب اصلی | نام کارگاه | کد کارگاه | دوره ارتباط | | شغل | شعبه | استان |
|------|--------------------------|--------------------------|------------|-----------|-------------|-------------|-----|------|-------|
| | | | | | از تاریخ | لغایت تاریخ | | | |
| ۱ | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | |

تأییدیه مخاطب

| | | |
|-----------|-------------------|--|
| محل امضاء | محل درج اثر انگشت | اینجانب در تاریخ / / ۱ به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم. |
|-----------|-------------------|--|

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| این قسمت توسط شعبه تکمیل شود. | نوع شناسائی: | کارفرما <input type="checkbox"/> | بازرسی <input type="checkbox"/> | عقد قرارداد <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | نوع ارتباط: | بیمه پرداز <input type="checkbox"/> | دریافت کننده خدمت <input type="checkbox"/> | تحت پوشش بیمه شده اصلی <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | نوع بیمه: | نوع خدمت: | گرایش بیمه / خدمت: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | درخواست نامنویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |