**АНКЕТА**

**члена Ассоциации профессиональных участников системы долговременного ухода**

**(физического лица)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Фамилия, имя, отчество |  |
| **2.** | Число, месяц, год и место рождения |  |
| **3.** | Паспортные данные[[1]](#footnote-1) |  |
| **4.** | Образование (общее, среднее, высшее), наименование специальности/направления подготовки |  |
| **5.** | Ученая степень (научное или иное звание) (при наличии) |  |
| **6.** | Место работы, должность |  |
| **7.** | ОГРНИП (в случае регистрации в качестве индивидуального предпринимателя) |  |
| **7.** | Осуществляемая деятельность, связанная с системой долговременного ухода (далее – СДУ) (подчеркнуть один или несколько вариантов и/или заполнить строки) | **1. В сфере социального обеспечения:** 1.1. сотрудник государственной организации социального обслуживания 1.2. сотрудник коммерческой организации социального обслуживания 1.3. сотрудник некоммерческой негосударственной организации социального обслуживания  1.4. представитель органов исполнительной власти 1.5. самозанятый гражданин;  1.6. поставщик социальных услуг;  1.6.1. форма социального обслуживания:  1.6.1.1. на дому;  1.6.1.2. полустационарная форма;  1.6.1.3. стационарная форма;  1.6.2. количество получателей социальных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек.  **2. В сфере медицинской помощи:** 2.1. сотрудник государственной медицинской организации 2.2. сотрудник коммерческой медицинской организации 2.3. сотрудник некоммерческой негосударственной медицинской организации;  2.4. индивидуальный предприниматель  2.5. представитель органов исполнительной власти. **3. В сфере благотворительной (волонтерской) помощи:** - сотрудник некоммерческой организации.  4. Самозанятые граждане, связанные с СДУ из иных сфер деятельности. Укажите, пожалуйста, сферу деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. Иные лица, связанные с СДУ. Укажите, пожалуйста, сферу деятельности/название организации, в том числе действующей без образования юридического лица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **8.** | Контактные телефоны[[2]](#footnote-2) |  |
| **9.** | Адрес электронной почты |  |
| **10.** | Чем Ассоциация может быть вам полезна? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| «\_\_\_» **\_\_\_\_\_\_\_\_** 20\_\_**\_** года | Подпись: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

1. Паспорт: серия, номер, кем и когда выдан. [↑](#footnote-ref-1)
2. Номер телефона (домашний, мобильный, рабочий, факс). [↑](#footnote-ref-2)