



Formulário Novo Obreiro JOCUM Recife

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O FORMULÁRIO DE AQUISIÇÃO PARA NOVO OBREIRO EM JOCUM RECIFE

Obrigado pelo seu interesse em trabalhar conosco como obreiro. Como parte do seu processo de aceitação, precisamos dos seguintes itens:

1. Formulário de inscrição: Por favor, responda todas as perguntas e se alguma delas não se aplicar à sua pessoa, deixe-a em branco.
2. Uma foto ¾ ou de passaporte recente
3. Formulário Confidencial de Saúde (preenchido pelo obreiro).
4. Formulário Médico (preenchido pelo profissional).
5. Formulário de Consentimento para Tratamento médico e Isenção de Responsabilidade. Cada candidato tem que assinar este formulário.
6. Dois formulários confidenciais como referência. Por favor, preencha a primeira parte do formulário confidencial, dê um para o seu pastor e o outro para o Líder da Base (caso você não esteja mais em Jocum, este formulário deverá ser enviado ao líder da Base onde você fez parte). Por favor, dê a cada um deles um envelope selado, endereçado a JOCUM - Recife, CP 64, CEP 54.765-970 - Camaragibe - PE - Brasil.

7. Por favor, ore e conscientemente responda as perguntas abaixo em folhas de papel separado do formulário. Por favor, escreva em letra legível.

- A. Descreva sua experiência de conversão e relacionamento atual com Deus.
- B. Quando e onde você fez sua ETED? Descreva sua experiência na ETED e em que você foi ajudado.
- C. Como você descreveria seu relacionamento com sua família? Ela é Cristã? Como ela se sente a respeito da sua participação em uma das escolas de JOCUM?
- D. Descreva sua relação com a sua igreja local, incluindo áreas em que você serve na mesma ou então esteja liderando.
- E. No momento, você está trabalhando em qual ministério? Por favor, especifique sua resposta.
- F. Descreva suas metas a longo prazo. Deus tem te falado sobre o teu chamado pessoal? Especifique.
- G. Porque você deseja trabalhar com essa base?
- H. Por quanto tempo você pretende trabalhar nesta base como obreiro?
- I. Em que projeto ou áreas você gostaria de servir?
- J. Você já esteve envolvido em algum tipo de crime, drogas, problemas causados por bebidas, atividades ocultas ou praticas homossexuais? Explique (Nota: essas informações não irão afetar sua aceitação).
- K. Você já esteve sob tratamento psicológico ou psiquiátrico? Explique
- L. Como você ouviu falar da base de JOCUM em Recife?
- M. Anote qualquer outra coisa que devemos saber a seu respeito.
- N. Por favor, liste os nomes e endereços das duas pessoas que responderão os formulários confidenciais.



Formulário de Inscrição

Foto

Data de chegada: _____
(dia/mês/ano)

Por favor, preencher com letra de fôrma.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: M F Fone: (____) _____

Nacionalidade: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nº Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ Data Expedição: _____

Nº Passaporte: _____ Data Expedição: _____ Data Expiração: _____

CPF: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Número: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____ CEP: _____ - _____

Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Separado (a) Viúvo (a)

Filhos que te acompanham:

	Nome	Data de nascimento	Sexo	Escolaridade
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____

IGREJA/ JOCUM

Nome da igreja atual _____

Quanto tempo você participa nesta Igreja? _____ Tempo de Conversão: _____ anos _____ meses

Endereço da Igreja: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Nome do Pastor: _____

Base de JOCUM a que pertence ou pertenceu: _____ Quanto tempo: _____

Endereço da Base: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-Mail da Base: _____ Líder da Base: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR:

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

EDUCAÇÃO ESCOLAR/EMPREGO/HABILIDADES

Grau de Instrução completa: _____

Formado em: _____

Idiomas falados por ordem de fluência:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Já prestou serviço militar? _____ Nº Reservista: _____

Emprego atual: _____ Ocupação: _____

Outra ocupação ou habilidades: _____ Anos de experiência _____

Habilidade musical ou outros talentos: _____

EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM JOCUM

Em que base fez ETED? _____ Data _____

Nome do seu líder _____

Trabalhou em JOCUM depois da ETED? _____ Em que base? _____

Qual ministério que você trabalhou? _____

Qual o nome de seu último líder dentro de JOCUM? _____

Alguma outra função em JOCUM? _____

Você já fez alguma outra escola em Jocum ou participou de algum programa prático de curto prazo? _____

Especifique: _____

Nome do líder que o acompanhou: _____

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Você tem todo o dinheiro para o pagamento da mensalidade da base? _____

Se a resposta for não, quanto você tem? _____ De onde você pretende receber o restante?

Você tem algum outro débito (incluindo em bases de JOCUM) Se sim, descreva.

EU CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO SÃO TOTALMENTE CORRETAS. SE FOR ACEITO POR JOVENS COM UMA MISSÃO, SUBMETO-ME AO ESPÍRITO SANTO, A LIDERANÇA, AS REGRAS E ESCALAS DE TRABALHO. EU ENTENDO QUE O PAGAMENTO DA MENSALIDADE DEVE SER EFETUADO EM UMA DATA FIXA, DE PREFERÊNCIA NO INÍCIO DO MÊS OU EM UMA DATA PREVIAMENTE FIXADA JUNTO A ADMINISTRAÇÃO DA BASE. ESTOU ALERTO (A) DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS, DIANTE DE DEUS E DOS OBREIROS DESTA BASE. COMPROMETO-ME A PAGAR TODOS OS GASTOS PESSOAIS OCORRIDOS, DURANTE MEU ENVOLVIMENTO COM JOCUM.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura

Consentimento para Tratamento Médico

Eu, _____, concordo na efetuação de tratamentos anestésicos e/ou cirurgias que na opinião do médico, sejam necessários em caso de inconsciência de minha parte.

_____ Local e data: _____, ____/____/____
Assinatura do(a) Candidato(a)

Isenção de Responsabilidade

Eu, _____, por meio desta, isento JOCUM (JOVENS COM UMA MISSÃO) e todos aqueles que trabalham nesta, como obreiros(as) ou voluntários(as), de qualquer responsabilidade causada por injúria, dano, prejuízo ou perda que por acaso aconteça durante minha permanência nas dependências ou não da instituição.

_____ Local e data: _____, ____/____/____
Assinatura do(a) Candidato(a)



POR FAVOR, ENVIAR ESTE FORMULÁRIO DE VOLTA PARA:
JOCUM Recife – Caixa Postal 64 – Camaragibe - CEP 54.765-970 – PE Fone: (81) 3458-2684 – Fax: (81) 3458-7287 – E-mail: jocumrecife.training@gmail.com



Formulário Confidencial de Saúde

HISTÓRIA PESSOAL: Por favor, responda todas as perguntas e comente todas as respostas positivas nos espaços abaixo ou em uma folha separada.

VOCÊ JÁ TEVE OU TEM ALGUNS DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE CITADOS ABAIXO?

Problema de pele	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/>	Úlcera no estômago	<input type="checkbox"/>
Problema nos olhos	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Vesícula biliar	<input type="checkbox"/>
Problema no ouvido	<input type="checkbox"/>	Problema de coração	<input type="checkbox"/>	Icterícia	<input type="checkbox"/>
Fratura no crânio	<input type="checkbox"/>	Pressão alta	<input type="checkbox"/>	Hepatite	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	Pressão baixa	<input type="checkbox"/>	Problemas intestinais	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Reumatismo/Artrite	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Problema mental ou de nervos	<input type="checkbox"/>	Deslocamento de juntas	<input type="checkbox"/>	Problemas de rins	<input type="checkbox"/>
Desmaios	<input type="checkbox"/>	Problemas de coluna	<input type="checkbox"/>	Diarréias	<input type="checkbox"/>
Fraqueza	<input type="checkbox"/>	Osso quebrado	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Paralisia	<input type="checkbox"/>	Cirurgia	<input type="checkbox"/>	Doença venérea	<input type="checkbox"/>
Insônia	<input type="checkbox"/>	Apendicite	<input type="checkbox"/>	Tumor, Câncer	<input type="checkbox"/>
Alergia	<input type="checkbox"/>	Amígdala	<input type="checkbox"/>	SOMENTE MULHERES	
Penicilina	<input type="checkbox"/>	Hérnia	<input type="checkbox"/>	Menstruação irregular	<input type="checkbox"/>
Sulfa	<input type="checkbox"/>	Outras – Quais?	<input type="checkbox"/>	Cólicas fortes	<input type="checkbox"/>
Soro	<input type="checkbox"/>	_____		Fluxo em excesso	<input type="checkbox"/>
Outras - Quais	<input type="checkbox"/>	_____		Você está grávida?	<input type="checkbox"/>
Comida - Quais	<input type="checkbox"/>				

Outros? Explique: _____

Você está debaixo de cuidados médicos por alguma razão? Não Sim (Especifique)

Você está tomando algum tipo de medicação no momento? Não Sim (Especifique)

Você tem alguma deficiência física? Não Sim (Especifique)

Você está acima do seu peso normal? ____ Quanto? ____ Abaixo do seu peso normal? ____ Quanto? ____

Você considera suas condições físicas como: Excelente Boa Razoável Ruim

Tipo Sangüíneo: _____ Fator RH: _____

HISTÓRICO FAMILIAR: Alguns dos seus familiares têm ou teve alguma das seguintes doenças?

	Grau de parentesco		Grau de parentesco
<input type="checkbox"/> Tuberculose	_____	<input type="checkbox"/> Artrite	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Doenças estomacais	_____
<input type="checkbox"/> Doenças renais	_____	<input type="checkbox"/> Asma	_____
<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas	_____	<input type="checkbox"/> Convulsões/epilepsia	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensão	_____	<input type="checkbox"/> Câncer	_____

Você já teve algumas destas doenças contagiosas:

<input type="checkbox"/> Catapora	<input type="checkbox"/> Sarampo
<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Cachumba	<input type="checkbox"/> Outras (especifique)

Comentários: _____

