

شماره: .....

تاریخ: .....

ریاست محترم اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی شهرستان .....

ریاست محترم کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان .....

مدیریت محترم صندوق کارآفرینی امید شهرستان .....

مدیریت محترم بهزیستی شهرستان .....

مدیریت محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان .....

ریاست محترم سازمان تامین اجتماعی شعبه .....

ریاست محترم اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان .....

سلام علیکم

احتراما، خواهشمند است دستور فرمایید اطلاعات درخواستی به شرح ذیل در مورد آقای / خانم ..... فرزند ..... با کد ملی ..... را به این اداره اعلام نمایند:

نام و نام خانوادگی رئیس دستگاه اجرایی: .....

تاریخ: .....

مهر و امضاء

<p>تاریخ: ..... مهر و امضاء رئیس اداره</p>	<p><input type="checkbox"/> تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است. <input type="checkbox"/> در تاریخ ..... مبلغ ..... میلیون ریال تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است.</p>	<p>کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه .....</p>	<p>استعلام سوابق تسهیلاتی متقاضی</p>
<p>تاریخ: ..... مهر و امضاء رئیس صندوق</p>	<p><input type="checkbox"/> تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است. <input type="checkbox"/> در تاریخ ..... مبلغ ..... میلیون ریال تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است.</p>	<p>صندوق کارآفرینی امید</p>	
<p>تاریخ: ..... مهر و امضاء رئیس اداره</p>	<p><input type="checkbox"/> تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است. <input type="checkbox"/> در تاریخ ..... مبلغ ..... میلیون ریال تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است.</p>	<p>بهبزیستی</p>	
<p>تاریخ: ..... مهر و امضاء رئیس اداره</p>	<p><input type="checkbox"/> تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است. <input type="checkbox"/> در تاریخ ..... مبلغ ..... میلیون ریال تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است.</p>	<p>بنیاد شهید و امور ایثارگران</p>	
<p>تاریخ: ..... مهر و امضاء رئیس اداره</p>	<p>بر اساس اطلاعات موجود در سامانه کارا، از محل اعتبارات تبصره ۱۸، اشتغال روستائی و سامانه مشاغل خانگی: <input type="checkbox"/> تسهیلات دریافت نموده است. <input type="checkbox"/> در تاریخ ..... مبلغ ..... میلیون ریال تسهیلات با عاملیت بانک ..... دریافت نموده است.</p>	<p>اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی شهرستان</p>	
<p>تاریخ: ..... مهر و امضاء رئیس شعبه</p>	<p><input type="checkbox"/> در حال حاضر بیمه تامین اجتماعی نمی باشد <input type="checkbox"/> در حال حاضر بیمه شده اصلی به شماره بیمه ..... در کارگاه (شرکت/ اداره) ..... می باشد. <input type="checkbox"/> در حال حاضر بیمه شده فرعی (تبعی) آقای/خانم ..... می باشد.</p>	<p>سازمان تامین اجتماعی شعبه ....</p>	
<p>تاریخ: ..... مهر و امضاء رئیس اداره</p>	<p><input type="checkbox"/> در حال حاضر بیمه خدمات درمانی نمی باشد. <input type="checkbox"/> در حال حاضر بیمه شده اصلی به شماره بیمه ..... در کارگاه (شرکت/ اداره) ..... می باشد. <input type="checkbox"/> در حال حاضر بیمه شده فرعی (تبعی) آقای/خانم ..... می باشد.</p>	<p>اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان ....</p>	



۲- عنوان طرح و مشخصات فعالیت، بخش و نوع طرح

الف) عنوان فعالیت: ..... سابقه فعالیت متقاضی در طرح درخواستی: .....

ب) محل اجرای طرح: شهرستان: ..... بخش: ..... شهر: ..... دهستان: ..... منطقه: .....

ج) شماره مجوز مشاغل خانگی: ..... تاریخ مجوز: .....

و) محصولات تولیدی: ..... ظرفیت طبق مجوز (سالانه): .....

۳- وضعیت اشتغال متقاضی:

در حال حاضر بیکار هستم:  در حال حاضر شاغل هستم:  محل اشتغال: ..... نوع بیمه: ..... تامین اجتماعی  خدمات درمانی  شماره بیمه: .....

۴- تعداد شاغلین موجود: بیمه شده ..... نفر بیمه نشده ..... نفر

۵- کد بیمه کارگاه: .....

۶- اشتغال پیش بینی شده: ..... نفر شغل خانگی جدید

۷- حوزه فعالیت برای پشتیبانی مشاغل خانگی (جدول ذیل را تکمیل نمائید):

(ارقام به میلیون ریال)

ردیف	شهرستان	بخش	شهر	دهستان	روستا	اشتغال پیش بینی شده	مبلغ مورد نیاز
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
<b>جمع کل</b>							

۸- تجهیزات، ابزار و مواد اولیه موجود: (به شرح جدول ذیل تکمیل شود):

(ارقام به میلیون ریال)

ردیف	شرح	واحد سنجش	قیمت هر واحد	تعداد	قیمت کل
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
<b>جمع کل</b>					

۹- تجهیزات، ابزار و مواد اولیه مورد نیاز برای ایجاد ..... فرصت شغلی خانگی (به شرح جدول ذیل تکمیل شود):  
(ارقام به میلیون ریال)

ردیف	شرح	واحد سنجش	قیمت هر واحد	تعداد	قیمت کل
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
<b>جمع کل</b>					

۱۰- با گرفتن تسهیلات چه نوع و به چه میزان تولید کالا و خدمات را افزایش می دهید (جدول ذیل را تکمیل نمایید):

ردیف	نوع کالا و یا خدمات	واحد سنجش	تعداد	قیمت فروش هر واحد(ریال)	کل فروش (ریال)	هزینه تولید هر واحد(ریال)	سود خالص هر واحد(ریال)
۱							
۲							
۳							

خیر

بلی

۱۱- آیا از سیستم بانکی تسهیلاتی هم دریافت کرده اید.

(در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول ذیل را تکمیل نمایید):

(ارقام به میلیون ریال)

ردیف	نام بانک	نوع تسهیلات		مبلغ تسهیلات	سال دریافت تسهیلات	میزان بدهی تا این تاریخ
		عادی (منابع داخلی بانک)	تبصره ای			
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
<b>جمع کل</b>						

۱۲- جهت دریافت تسهیلات درخواستی مایل هستید به کدام بانک معرفی شوید. نام سه بانک را با اولویت بنویسید.  
(مشروط به وجود اعتبار در بانکهای درخواستی):

۱	۲	۳

۱۳- در صورتیکه مطالبات معوق و سررسید گذشته یا چک برگشتی دارید، شرح دهید:

۱۴- مبلغ تسهیلات مورد تقاضا: ..... میلیون ریال

۱۵- تعهدات متقاضی:

الف- با اخذ تسهیلات و اجرای طرح..... نفر اشتغال خانگی ایجاد می نمایم.  
ب- اینجانب ..... مدیرعامل شرکت / مجری طرح : ..... با اشراف بر اصول و ضوابط مترتب بر تسهیلات از محل اعتبارات مشاغل خانگی و تائید مندرجات فوق، متقاضی استفاده از تسهیلات بوده و تعهد می نمایم طبق طرح مصوب در بانک، آنرا در موعد مقرر به بهره برداری برسانم. بدیهی است در صورت عدم اجرای تعهدات مندرج در این فرم و یا مشاهده خلاف اظهارات یادشده، دستگاه اجرایی، دبیرخانه کارگروه اشتغال و بانک مربوطه می تواند ضمن توقف در رسیدگی، از پرداخت هر گونه تسهیلات ممانعت بعمل آورده و در صورت دریافت تسهیلات، دین اینجانب/شرکت تبدیل به حال گردیده و کل تسهیلات همراه با سود و کارمزد و هرگونه هزینه احتمالی را بصورت یکجا دریافت نمایند.

امضاء و اثر انگشت متقاضی

۱۶- اظهار نظر دستگاه اجرایی:

مجوز فعالیت مشاغل خانگی مورد تائید می باشد.

کلیه اطلاعات فوق مورد تائید می باشد.

مجری طرح فاقد بدهی معوق به سیستم بانکی و چک برگشتی می باشد.

طرح متناسب با مزیت های شهرستان بوده و دارای توجیه اقتصادی و فنی می باشد.

مجری طرح دارای اهلیت جهت اجرای طرح می باشد.

باعنایت به مندرجات فوق و بررسیهای بعمل آمده توسط این اداره / سازمان مبلغ..... میلیون ریال تسهیلات جهت ایجاد ..... فرصت شغلی خانگی جدید مورد تائید بوده و پیشنهاد می گردد.

نام و نام خانوادگی رئیس دستگاه اجرایی: .....

تاریخ: .....

مهر و امضاء: .....

## اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان اصفهان

## مدیریت کارآفرینی و اشتغال

فرم خلاصه پرونده درخواست تسهیلات پشتیبان-مستقل مشاغل خانگی

استان: اصفهان

شهرستان:

نام دستگاه اجرایی:

تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی مجری طرح:

عنوان طرح:

کد سامانه مشاغل خانگی:

کد ملی مجری طرح:

- ۱- فرم درخواست تسهیلات متقاضی
- ۲- تصویر همه صفحات شناسنامه مجری طرح
- ۳- تصویر کارت ملی مجری طرح
- ۴- تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت از خدمت نظام وظیفه (برای آقایان)
- ۵- تصویر مجوز فعالیت دارای اعتبار:  مجوز مشاغل خانگی  سایر با ذکر نام .....
- ۶- نتیجه استعلام از سازمان تامین اجتماعی:
- در حال حاضر بیمه تامین اجتماعی نمی باشد
- در حال حاضر بیمه شده اصلی به شماره بیمه ..... در کارگاه (شرکت/ اداره) ..... می باشد.
- در حال حاضر بیمه شده فرعی (تبعی) آقای/خانم ..... می باشد.
- ۷- نتیجه استعلام از اداره بیمه خدمات درمانی:
- در حال حاضر بیمه تامین اجتماعی نمی باشد
- در حال حاضر بیمه شده اصلی به شماره بیمه ..... در کارگاه (شرکت/ اداره) ..... می باشد.
- در حال حاضر بیمه شده فرعی (تبعی) آقای/خانم ..... می باشد.
- ۸- نتیجه استعلام از سامانه کارا و سامانه مشاغل خانگی:
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- ۹- نتیجه استعلام از کمیته امداد امام خمینی (ره):
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- ۱۰- نتیجه استعلام از صندوق کارآفرینی امید:
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- ۱۱- نتیجه استعلام از بهزیستی:
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- ۱۲- نتیجه استعلام از بنیاد شهید و امور ایثارگران:
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- تسهیلات اشتغالزا دریافت نموده است
- ۱۳- گواهی عدم سوء پیشینه (ویژه اشخاص پشتیبان خانگی)
- ۱۴- فرم صورتجلسه کارگروه اشتغال شهرستان
- ۱۵- مستندات مربوط به سابقه فعالیت متقاضی با تایید توسط دستگاه اجرایی مرتبط
- ۱۶- فرم تعهد نامه عدم دریافت تسهیلات اشتغالزا یا تسویه حساب با بانک عامل
- ۱۷- تصویر قرارداد همکاری با بنگاه وابسته (مستندات فروش)
- ۱۸- پاسخ استعلام های مورد نیاز برای رشته های ستاره دار (از جمله تاییدیه بهداشت، دامپزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی و...)
- ۱۹- تصویر فرم بازدید اعضاء کارگروه اشتغال شهرستان (ویژه طرح های پشتیبان مشاغل خانگی دارای بیش از ۵۰۰ میلیون ریال مصوبه کارگروه اشتغال شهرستان)

نام و نام خانوادگی تایید کننده:

تاریخ:

امضاء:

خلاصه طرح های مطرح شده در جلسه مورخ ..... کارگروه اشتغال شهرستان .....  
 از محل اعتبارات ..... سال ..... ۱۳

۱. دستگاه اجرایی: ۲. کد سامانه مشاغل خانگی طرح: .....
۳. عنوان طرح: تاریخ جلسه:
۴. مشخصات مجری طرح :  
 الف) اشخاص حقوقی  نام شرکت: ..... تاریخ و شماره ثبت و محل ثبت: ..... نام مدیر عامل: .....  
 ۱. تعاونی  ۲. سایر شرکتهای  نوع شرکت: .....  
 ب) اشخاص حقیقی  نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... کد ملی: .....  
 ۱. فارغ التحصیل  ۲. ایثارگر  ۳. سرپرست خانوار  ۴. سایر با ذکر نام: .....
۵. نام بخش فعالیت: کشاورزی  صنعت  خدمات  گردشگری  مسکن
۶. وضعیت طرح: ایجاد  توسعه  تکمیل  سایر با ذکر نام: .....
۷. موضوع فعالیت: نوع تولیدات: .....
۸. مشخصات کلی طرح:

محل اجرای طرح:	شهرستان:	بخش:	شهر:	دهستان:	روستا:	کمتر توسعه یافته <input type="checkbox"/>
مجوز فعالیت:	نوع مجوز:	شماره:	تاریخ:			
مقدار زمین و نوع مالکیت:						
میزان اشتغالزایی:	اشتغال موجود (بیمه شده):	اشتغال موجود (بیمه نشده):	اشتغال جدید:			
ظرفیت تولید سالانه:	میزان افزایش ظرفیت:					

۹. وضعیت سرمایه گذاری طرح:

(مبالغ ریالی به میلیون ریال)

کل سرمایه گذاری	سرمایه گذاری مورد نیاز	سرمایه گذاری موجود	هزینه های طرح به تفکیک
-	-	-	زمین
-	-	-	ساختمان، محوطه سازی و تاسیسات
			ماشین آلات و تجهیزات
			جمع هزینه های ثابت
			جمع هزینه های جاری
			جمع هزینه های ثابت و جاری

۱۰. میزان تسهیلات پیشنهادی مورد تأیید دستگاه اجرایی: ..... میلیون ریال

۱۱. نتیجه تصمیمات جلسه:

موافقت با مبلغ ..... میلیون ریال <input type="checkbox"/>	رد طرح به دلیل ..... <input type="checkbox"/>
بررسی مجدد به دلیل ..... <input type="checkbox"/>	سایر با ذکر نام ..... <input type="checkbox"/>

توضیحات ضروری:

رئیس دستگاه اجرایی مربوطه  
 نام و نام خانوادگی و امضاء

رئیس اداره کار و امور اجتماعی  
 نام و نام خانوادگی و امضاء

فرماندار شهرستان  
 نام و نام خانوادگی و امضاء

اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان اصفهان

معاونت کار آفرینی و اشتغال

فرم نظارت بر طرح های متقاضیان دریافت کننده تسهیلات از محل اعتبارات طرح ساماندهی و حمایت از مشاغل خانگی استان اصفهان (مستقل و پشتیبان)  
-قبل از پرداخت تسهیلات

کد سامانه:.....	تاریخ بازرسی:.....
۱- اطلاعات عمومی طرح: (مطابق اطلاعات ثبت شده در سامانه مشاغل خانگی)	
الف) مشخصات مجری حقیقی:	
نام:	نام خانوادگی:
آدرس محل اجرای طرح:	تاریخ تولد:
کد ملی:	تلفن همراه:
تلفن ثابت:	شهرستان محل فعالیت:
<input type="checkbox"/> سرپرست خانواده می باشد	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>

ب) مشخصات مجری حقوقی (ویژه پشتیبان)	
نام شرکت:.....	شماره ثبت:.....
نام مدیر عامل:.....	شهرستان محل ثبت:.....

۲- مشخصات طرح: (مطابق اطلاعات ثبت شده در سامانه مشاغل خانگی)	
عنوان طرح:.....	شماره مجوز:.....
تاریخ صدور:.....	مدت اعتبار مجوز مشاغل خانگی:.....
نام دستگاه اجرایی صادر کننده مجوز:.....	میزان تولید در یکسال گذشته:.....
	میزان فروش در یکسال گذشته:.....

۳- وضعیت فعلی طرح :	
در حال اجرا <input type="checkbox"/>	در حال راه اندازی <input type="checkbox"/>
غیرفعال <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/> ذکر شود .....

۴- سایر مشخصات:	
-انطباق آدرس مجوز مشاغل خانگی با آدرس اجرای طرح <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
-شغل ایجاد شده شغل اصلی متقاضی می باشد. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ذکر شغل فعلی:..... کارگاه محل فعالیت متقاضی.....	
-ابزار، تجهیزات و مواد اولیه موجود:	
-برآورد سهم آورده مجری طرح (حداقل ۲۰ درصد تسهیلات درخواستی برای طرح های پشتیبان):	
-تعداد اشتغال موجود:.....	
-میزان سرمایه در گردش مورد نیاز (مواد اولیه) در یک دوره:.....	

۷- اظهار نظر نهایی کمیته نظارت شهرستان:
---

نماینده مطلع و تام الاختیار

دستگاه اجرایی

نام و نام خانوادگی و امضاء

نماینده مطلع و تام الاختیار

اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی

نام و نام خانوادگی و امضاء

نماینده مطلع و تام الاختیار فرمانداری

نام و نام خانوادگی و امضاء



بسمه تعالی

اداره کل کار و امور اجتماعی استان اصفهان

دبیرخانه کارگروه اشتغال و سرمایه گذاری استان اصفهان

فرم درخواست تسهیلات قرض الحسنه اشخاص مستقل مشاغل خانگی

استان: اصفهان

شهرستان:

نام دستگاه اجرایی:

تاریخ تکمیل فرم:

کد پرونده: .....

۱- مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد:  
آخرین مدرک تحصیلی (با گرایش): جنسیت: زن  مرد   
وضعیت مجری: عادی  ایثارگر  فارغ التحصیل  مددجو  سایر با ذکر نام.....   
کد ملی: ..... کد پستی: .....  
نشانی محل اقامت: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: .....

۲- عنوان طرح و مشخصات فعالیت، بخش و نوع طرح

الف) عنوان فعالیت: .....

ب) وضعیت طرح: جدید  نیمه تمام  توسعه   
ج) محل اجرای طرح: شهرستان بخش شهر دهستان منطقه:  
د) شماره مجوز مشاغل خانگی: ..... تاریخ مجوز: ..... رشته فعالیت: .....

۳- وضعیت اشتغال متقاضی:

در حال حاضر بیکار هستیم:  در حال حاضر شاغل هستیم:  محل اشتغال: .....  
نوع بیمه: تامین اجتماعی  خدمات درمانی   
شماره بیمه: .....

۴- تجهیزات مورد نیاز جهت راه اندازی شغل خانگی (جدول ذیل را تکمیل نمائید):

ردیف	عنوان	تعداد	قیمت هر واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)	باید خریداری شود	موجود است
۱						
۲						
۳						
۴						
جمع کل						

۵- لیست مواد اولیه مورد نیاز طرح در یک سال شمسی (به شرح جدول ذیل تکمیل شود):

ردیف	عنوان	مقدار مورد نیاز	واحد شمارش	قیمت هر واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)	مقداری که باید خریداری شود	مقدار موجود
۱							
۲							
۳							
۴							
<b>جمع کل</b>							

۶- برآورد هزینه حامل های انرژی در یک سال شمسی (جدول ذیل را تکمیل نمایید):

عنوان	مقدار	هزینه (ریال)
آب		
برق		
گاز		
سایر با ذکر نام		
<b>جمع کل</b>		

خیر  بلی

۸- آیا از سیستم بانکی تسهیلاتی هم دریافت کرده اید:

(در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول ذیل را تکمیل نمایید):

ردیف	نام بانک	نوع تسهیلات		مبلغ تسهیلات (ریال)	سال دریافت تسهیلات	میزان بدهی تا این تاریخ (ریال)
		عادی (منابع داخلی بانک)	تبصره ای			
۱						
۲						
<b>جمع کل</b>						

۹- در صورتیکه مطالبات معوق و سررسید گذشته یا چک برگشتی دارید، شرح دهید:

۱۰- جهت دریافت تسهیلات درخواستی مایل هستید به کدام بانک معرفی شوید. نام سه بانک را با اولویت بنویسید.  
(مشروط به وجود اعتبار در بانکهای درخواستی):

۱	۲	۳

۱۱- مبلغ تسهیلات مورد تقاضا: ..... میلیون ریال

### ۱۲- تعهدات متقاضی:

اینجانب ..... مجری طرح: ..... دارنده مجوز مشاغل خانگی به شماره: ..... با اشراف بر اصول و ضوابط مترتب بر تسهیلات از محل اعتبارات مشاغل خانگی و تأیید مندرجات فوق، متقاضی استفاده از تسهیلات بوده و تعهد می نماید طبق طرح مصوب در بانک، نسبت به ایجاد کسب و کار خانگی در رشته: ..... اقدام نموده و آنرا در موعد مقرر به بهره برداری برسانم و این فرصت شغلی را حداقل تا استهلاك کامل تسهیلات، پایدار نمایم. بدیهی است در صورت عدم اجرای تعهدات مندرج در این فرم و یا مشاهده خلاف اظهارات یادشده، دستگاه اجرایی، دبیرخانه کارگروه اشتغال و سرمایه گذاری و بانک مربوطه می تواند ضمن توقف در رسیدگی، از پرداخت هر گونه تسهیلات ممانعت بعمل آورده و در صورت دریافت تسهیلات، دین اینجانب تبدیل به حال گردیده و کل تسهیلات همراه با سود و کارمزد و هرگونه هزینه احتمالی را بصورت یکجا دریافت نمایند.

تاریخ: .....

امضاء متقاضی

### اظهار نظر دستگاه اجرایی:

- مجوز فعالیت مشاغل خانگی مورد تأیید می باشد.
  - کلیه اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد.
  - مجری طرح فاقد بدهی معوق به سیستم بانکی و چک برگشتی می باشد.
  - طرح متناسب با مزیت های شهرستان بوده و دارای توجیه اقتصادی و فنی می باشد.
  - متقاضی بیکار و فاقد هرگونه بیمه بازنشستگی می باشد.
  - متقاضی تاکنون هیچگونه تسهیلات اشتغالزایی از سیستم بانکی و نهادها و ارگانهای دولتی دریافت نکرده است.
- باعنایت به مندرجات فوق و بررسیهای بعمل آمده توسط این اداره / سازمان مبلغ ..... میلیون ریال تسهیلات از محل اعتبارات مشاغل خانگی برای طرح مذکور مورد تأیید بوده و پیشنهاد می گردد.

نام و نام خانوادگی رئیس دستگاه اجرایی: .....

تاریخ: .....

مهر و امضاء

اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان اصفهان

معاونت کارآفرینی و اشتغال

فرم نظارت بر طرح های متقاضیان دریافت کننده تسهیلات از محل اعتبارات طرح ساماندهی و حمایت از مشاغل خانگی استان اصفهان (مستقل و پشتیبان)

کد سامانه:.....	تاریخ بازرسی:.....
۱- اطلاعات عمومی طرح: (مطابق اطلاعات ثبت شده در سامانه مشاغل خانگی)	
الف) مشخصات مجری حقیقی:	
نام:	نام خانوادگی:
آدرس محل اجرای طرح:	آخرین مدرک تحصیلی:
شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
کد ملی:	تلفن همراه:
تلفن ثابت:	شهرستان محل فعالیت:
<input type="checkbox"/> سرپرست خانواده می باشد	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
ب) مشخصات مجری حقوقی (ویژه پشتیبان)	
نام شرکت:.....	شماره ثبت:.....
نام مدیر عامل:.....	شهرستان محل ثبت:.....

۲- مشخصات طرح: (مطابق اطلاعات ثبت شده در سامانه مشاغل خانگی)	
عنوان طرح:.....	نام شهرستان:.....
شماره مجوز:.....	تاریخ صدور:.....
مدت اعتبار مجوز مشاغل خانگی:.....	نام دستگاه اجرایی صادر کننده مجوز:.....
نام بانک عامل:.....	نام شعبه:.....
مبلغ معرفی (میلیون ریال):.....	سال معرفی به بانک:.....
مبلغ عقد قرارداد /پرداخت:.....	تاریخ عقد قرارداد/پرداخت:.....

۳- وضعیت طرح:

الف- وضعیت فعلی طرح :

در حال اجرا  در حال راه اندازی  غیرفعال

ب- وضعیت طرح در هنگام بازرسی:

- تسهیلات در طرح هزینه شده و طرح فعال است  - تسهیلات در طرح هزینه نشده است

- تسهیلات در طرح هزینه شده ولی طرح غیر فعال است  - طرح شناسایی نگردید

- دلیل غیر فعال بودن طرح: .....  
- تسهیلات در طرح هزینه نشده ولی طرح فعال است

۴- وضعیت بیمه مجری طرح:

تامین اجتماعی  مشاغل خانگی  روستائیان و عشایر

قالیبافان  خویش فرما  هنرمندان

- بدون بیمه:  - سایر با ذکر نام: .....

۵- سایر مشخصات:

- انطباق آدرس مجوز مشاغل خانگی با آدرس اجرای طرح  بلی  خیر

- شغل ایجاد شده شغل اصلی متقاضی می باشد.  بلی  خیر  ذکر شغل فعلی: .....

- نحوه انجام کار :

فقط سرپرست :  فقط اعضاء خانواده:  سرپرست و اعضاء خانواده:

- تعداد ایجاد اشتغال: .....

- نحوه فروش محصولات مشاغل خانگی :

بازارچه شهرداری  نمایشگاه  در محل سکونت  سایر با ذکر نام

- انطباق نوع فعالیت با عنوان مجوز مشاغل خانگی :  دارد  ندارد

- گواهی عدم سوء پیشینه ( نداشتن سابقه کیفری موثر به تائید مراجع ذیصلاح برای اشخاص پشتیبان)

- گواهی آموزش و مهارت در رشته مورد نظر ( دارای تاریخ اعتبار):  دارد  ندارد

- گواهی سلامت برای متقاضیان رشته های مرتبط با مواد غذایی و بهداشتی :  دارد  ندارد

- توانایی مدیریت برای اداره کسب و کار:  دارد  ندارد

- سهم آورده متقاضی (حداقل به میزان +۲٪ سرمایه مورد نیاز ایجاد رشته شغلی برای اشخاص پشتیبان):  دارد  ندارد

- تأیید اهلیت فردی:

اتحادیه ها / تعاونیها  مجمع صنفی  شورای اسلامی شهر   
دهداری / شورای اسلامی روستا  استشهاد محلی  سایر با ذکر نام: .....

- اقامت در محل اجرای طرح ( برای افراد مستقل و تحت پوشش): بلی  خیر

- مشخصات و اطلاعات مربوط به واحد مسکونی:

- نوع واحد مسکونی : ویلایی شهری  آپارتمانی  روستایی  سایر  با ذکر نام .....

- تجهیزات ، ابزار آلات و ماشین آلات : دارد  ندارد

تجهیزات ، ابزار آلات و ماشین آلات موجود با ذکر تعداد: .....

توضیحات ضروری: .....

- بررسی وضعیت بهداشتی محل فعالیت :

آلودگی زیست محیطی (نحوه تخلیه فاضلاب): دارد  ندارد

آلودگی صوتی: ندارد  دارد  کم  متوسط  زیاد

آلودگی بصری: ندارد  دارد  کم  متوسط  زیاد

ساعات کار : از ساعات ..... لغایت .....

توضیحات : .....

- وضعیت استعمال اداره بهداشت و سایر نهادهای ذیربط در صورت لزوم : دارد  ندارد

توضیحات : .....

۶- این قسمت صرفاً برای پشتیبان مشاغل خانگی تکمیل گردد:

- تعداد تحت پوشش: .....

- آیا لیست تحت پوشش ها تغییر داشته است؟ توضیحات .....

- نحوه آموزش تحت پوشش ها: .....

- نحوه دسترسی تحت پوشش ها به مواد اولیه .....

- آیا طرح به صورت کارگاهی هم فعالیت دارد؟ .....

- آیا دارای محصولات صادراتی می باشد؟ کدام کشورها؟ .....

- کروکی محل فعالیت :



۷- اظهار نظر نهایی کمیته نظارت شهرستان:

نماینده مطلع و تام الاختیار  
بانک عامل  
نام و نام خانوادگی و امضاء

نماینده مطلع و تام الاختیار  
دستگاه اجرایی  
نام و نام خانوادگی و امضاء

نماینده مطلع و تام الاختیار  
اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی  
نام و نام خانوادگی و امضاء

نماینده مطلع و تام الاختیار فرمانداری  
نام و نام خانوادگی و امضاء

## تعهد نامه

اینجانب / این شرکت ( مشخصات کامل نوشته شود) .....  
مجری طرح ..... واقع در ( آدرس)..... متعهد می گردم:  
۱- کل تسهیلات دریافتی را مطابق طرح ارائه شده به بانک عامل، در محل اجرای طرح هزینه نمایم.  
۲- با اخذ تسهیلات مصوب شده در کارگروه اشتغال استان و بانک عامل ضمن حفظ اشتغال موجود.....نفر  
،زمینه ایجاد ..... فرصت شغلی جدید را فراهم نمایم/ نمایم.  
۳- اعلام میدارم که تاکنون از تسهیلات اشتغالزا استفاده ننموده ام.  
۴- فاقد چک برگشتی و بدهی بانکی می باشم.  
بدیهی است در صورت عدم اجرای این تعهدات و یا مشاهده خلاف اظهارات عنوان شده در فرم درخواست  
ارائه شده به دستگاه اجرایی، اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان می تواند بدون اطلاع قبلی ضمن توقف  
در پیگیریها از پرداخت تسهیلات ممانعت بعمل آورده و در صورت پرداخت تسهیلات نیز نسبت به تبدیل به  
حال کلیه دیون اینجانب/ این شرکت اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی

امضاء