

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER OS FORMULÁRIOS PARA O CURSO DE FUNDAMENTOS EM MINISTÉRIOS DE ACONSELHAMENTO – FMA

Obrigado por se inscrever em uma de nossas escolas de treinamento. Para que você seja aceito, precisamos receber as informações abaixo:

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. Taxa de Inscrição R\$ 300,00 (Trezentos Reais) não reembolsáveis em caso de desistência.
3. Formulário Confidencial de Saúde.
4. Formulário de Consentimento do Médico, **caso seja solicitado** em razão de alguma limitação.
5. Formulário de Consentimento para Tratamento médico, devidamente assinado.
6. Formulário de Isenção de Responsabilidade, devidamente assinado.
7. Autorização para uso de imagem, se concordar.
8. Dois formulários confidenciais como referência. Estes formulários são online via os links já disponibilizados para você. Por favor, encaminhe os links e informe seu nome completo para quem vai preencher seus formulários confidenciais. Envie um para o seu amigo ou líder espiritual e o outro para o Líder da Base ou diretor de ETED (caso você não esteja mais em Jocum). As respostas chegarão automaticamente para nós por e-mail.
9. Uma foto recente, que poderá ser também digital.

ATENÇÃO

Certifique-se de que todas as perguntas foram respondidas.

Certifique-se também que seu amigo e seu líder responderam e enviaram os formulários de referências, pois sem eles, não poderemos concluir a sua inscrição no curso.

Informamos que nossos critérios de aceitação não estão relacionados à vida passada do aluno, que em muitos casos, estão relacionadas a uso de drogas, etc.

Fique tranquilo, este formulário tem caráter confidencial.

Foto

Formulário de Inscrição

Data de Início da FMA pretendida: ____/____/____
(dia/mês/ano)

INFORMAÇÕES PESSOAIS (Preencha **TODOS** os campos legivelmente)

Nome Completo: _____ Sexo: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Nº Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____
(dia/mês/ano) (Cidade e Estado)

Onde fez ETED: _____

Data de conclusão do teórico da ETED: ____/____/____ e Data de conclusão do prático da ETED: ____/____/____

Nome de solteira (para mulheres que casaram após a ETED): _____

Nacionalidade: _____ Altura: _____ Peso: _____

Estado Civil: Solteiro(a) Noivo(a) (Data _____) Casado(a) (Data _____)

Separado (a) (Data _____) Divorciado (a) (Data _____)

Viúvo (a) (Data _____) Casado(a) Novamente (Data _____)

Filhos que te acompanham:

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

IGREJA

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

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

Endereço da Base: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

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

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

Especifique: _____

Nome do líder que o acompanhou: _____

Quais seus planos para depois desta escola?

Fazer outra escola Me tornar obreiro (a) de JOCUM Voltar ao trabalho

Me tornar obreiro (a) de outra instituição Trabalhar com minha igreja

Não sei Outro _____

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Você tem todo o dinheiro para pagar a escola? _____ Se a resposta for não, quanto você tem? _____

De onde você pretende receber o restante? _____

Você tem algum outro débito? _____

Você tem débito com outras escolas de JOCUM ou de Base? Não Sim - Quanto? _____

Você tem débito com mensalidade de obreiro? Não Sim - Quanto? _____

Há mais alguma informação sobre sua situação financeira que gostaria de compartilhar? _____

(Informamos que estas informações podem ser checadas com sua base de origem).

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR:

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Perguntas Pessoais

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. Quais os motivos pelo qual você decidiu fazer esta escola?
- H. Você já esteve sob tratamento psicológico ou psiquiátrico? Explique.
- I. Você já esteve envolvido (a) em algum tipo de crime ou drogas, problemas causados por bebida, atividades ocultas, práticas homossexuais? Explique.
(Nota: Estas informações não irão afetar sua aceitação)
- J. Que área em seu caráter você tem buscado em Deus um maior crescimento?
- K. Como você ouviu falar da Escola de Fundamentos para o Ministério de Aconselhamento em Recife?
- L. Anote qualquer outra informação que devemos saber a seu respeito.
- M. Por favor, liste os nomes e endereços das duas pessoas que responderão os formulários confidenciais.

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)

_____ Grau de Parentesco: _____
Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos)

Isenção de Responsabilidade

Eu, _____, por meio desta, isento JOCUM (JOVENS COM UMA MISSÃO) e todos aqueles que trabalham nesta, como obreiro(a) ou voluntário(a), de qualquer responsabilidade causada por injúria, dano, prejuízo ou perda que por acaso aconteça durante o curso.

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

_____ Grau de Parentesco: _____
Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos)

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?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 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"/> Diarreias |
| <input type="checkbox"/> Fraqueza | <input type="checkbox"/> Osso quebrado | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Paralisia | Cirurgias: | <input type="checkbox"/> Doença venérea |
| <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Apendicite | <input type="checkbox"/> Tumor, câncer, etc. |
| Alergias: | <input type="checkbox"/> Amígdala | SOMENTE MULHERES |
| <input type="checkbox"/> 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"/> Comida – Quais? _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Você está grávida? |
| <input type="checkbox"/> Outras – Quais? _____ | _____ | |

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: _____

Direito de uso de imagens

() **SIM**, autorizo o uso da minha imagem em todo e qualquer material de fotos, vídeos, documentos, home page, cartazes, mídias eletrônicas, entre outros, a serem promovidos por **JOCUM Recife**. Fica ainda autorizada, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração, não havendo prazo limite para esta cessão. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

() **NÃO**, não autorizo o uso de minha imagem e tenho ciência de que é minha responsabilidade me esquivar das fotografias tiradas em grupos pequenos ou grandes, bem como, alertar ao fotógrafo acerca da minha não autorização de uso de imagens.

EU CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO DE SEIS PÁGINAS E DAS RESPOSTAS (A a M) NA FOLHA ANEXA SÃO TOTALMENTE CORRETAS. SE FOR ACEITO POR JOVENS COM UMA MISSÃO, ESTAREI ME SUBMETENDO AO ESPÍRITO E AS REGRAS E ESCALAS DO PROGRAMA DE TREINAMENTO. EU ENTENDO QUE O PAGAMENTO DA ESCOLA DEVE SER FEITO ANTES DO INÍCIO DA MESMA OU DIVIDIDO EM PARCELAS MENSAIS, COM VENCIMENTOS PREVIAMENTE ACERTADOS COM A LIDERANÇA. ESTOU CIENTE DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS, DIANTE DE DEUS, DOS OBREIROS E DOS ESTUDANTES DESTA ESCOLA. COMPROMETO-ME A PAGAR TODOS OS GASTOS PESSOAIS OCORRIDOS DURANTE MEU ENVOLVIMENTO COM JOCUM.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura



UNIVERSITY OF THE NATIONS



Todos os campos de assinatura deverão estar devidamente assinados. Você poderá enviar os formulários por e-mail, scaneados, mas os originais deverão também ser entregues ao chegar.

POR FAVOR, ENVIAR ESTE FORMULÁRIO DE VOLTA PARA:
JOCUM Recife (FMA) – Caixa Postal 64 – Camaragibe - CEP 54.765-970 – PE.
Ou scaneado/fotografado para: E-mail: fma@jocumrecife.org.br
Fone: (81) 3458-2684