FORMULARZ KANDYDATA

## Dane podstawowe

Imię (imiona)..... Nazwisko.....
Imię matki..... Imię ojca.....
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
Obywatelstwo/a .....
Skąd dowiedział/a się Pan/i o pracy w firmie Care Solutions 24H?
.....

## Adres zameldowania

Miejscowość ..... Ulica..... Nr domu .....
Numer lokalu..... Kod pocztowy.....
Gmina..... Powiat.....
Województwo.....
Nr tel. kom. ..... Nr tel. stacjonarnego.....
E-mail.....

## Adres korespondencyjny

(jeśli jest inny niż adres zameldowania)
Miejscowość ..... Ulica.....
Nr domu..... Numer lokalu..... Kod pocztowy.....
Gmina..... Powiat .....

## Dane osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku lub innego zdarzenia

Imię i nazwisko.....
Pokrewieństwo (np. mąż, córka, etc.).....
Miejscowość. ..... Ulica.....
Nr domu..... Numer lokalu..... Kod pocztowy.....
Województwo.....
Nr tel. kom..... Nr tel. stacjonarnego .....
E-mail.....

## Wykształcenie

☐ Podstawowe ☐ Zawodowe ☐ Średnie ☐ Pomaturalne ☐ Licencjat ☐ Wyższe
Zawód wyuczony .....
Czy posiada Pan/i wykształcenie pielęgniarskie lub pokrewne (np. fizjoterapeuta, opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa)☐Tak☐Nie Jakie?.....

Parafka Rekrutera..... Parafka Kandydata.....

## Czy ukończył/a Pan/i kursy lub szkolenia związane z opieką nad osobami starszymi lub chorymi?

Nazwa szkolenia .....
Liczba godzin.....
Nazwa szkolenia .....
Liczba godzin .....

## W jakim stopniu zna Pan/i j. niemiecki lub inne języki?

| Język niemiecki | Język angielski | Język ..... |
|---|---|---|
| ☐ Znam pojedyncze słowa | ☐ Znam pojedyncze słowa | ☐ Znam pojedyncze słowa |
| ☐ Mówię prostymi słowami | ☐ Mówię prostymi słowami | ☐ Mówię prostymi słowami |
| ☐ Potrafię opowiadać | ☐ Potrafię opowiadać | ☐ Potrafię opowiadać |
| ☐ Znam biegle język | ☐ Znam biegle język | ☐ Znam biegle język |
| ☐ Mówię prostymi słowami | ☐ Mówię prostymi słowami | ☐ Mówię prostymi słowami |

## Pytania uzupełniające, pomocnicze w wyborze dla Pani / Pana odpowiedniej oferty pracy. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź.

Jak ocenia Pan/i swój stan zdrowia?
☐ bardzo dobry ☐ dobry ☐ średni ☐ słaby ☐ zły

Czy posiada Pan/i orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze szczególnymi wskazaniami dla pracodawcy / zleceniodawcy? Jeśli tak, jakie?
☐ TAK / ☐ NIE Uwagi: .....

Czy cierpi Pan/i na alergie stanowiące przeciwwskazania do świadczenia usług pomocy domowej i opieki? Jeśli tak, na jakie (np. zwierzęta domowe, kurz, chemikalia, inne)?
☐ TAK / ☐ NIE Uwagi: .....

Czy w trakcie pobytu w Niemczech będzie Pan/i potrzebował/a stałego dostępu do leków i konsultacji lekarskich? Jeśli tak, z jakiego powodu?
☐ TAK / ☐ NIE Uwagi .....

Czy cierpi Pan/i na choroby, którymi osoba objęta opieką może się zarazić?
☐ TAK / ☐ NIE Uwagi: .....

Czy może Pan/i przygotowywać posiłki mięsne?
☐ TAK / ☐ NIE Uwagi: .....

Czy pali Pan/i papierosy?
☐ TAK / ☐ NIE Uwagi: .....

Proszę o podanie Pana/i:
Wzrost w cm ..... Waga w kg .....
Jakie są Pana/i oczekiwania finansowe? .....

## Doświadczenie w opiece nad osobami starszymi

Jaki ma Pan/i staż w opiece nad osobami starszymi? .....
.....

| | Opieka w rodzinie | Opieka poza rodziną |
|---|---|---|
| W Polsce | Jaki staż? ..... | Jaki staż? ..... |
| W Niemczech | Jaki staż? ..... | Jaki staż? ..... |
| W innym Państwie | Jaki staż? ..... | Jaki staż? ..... |

| Czy ma Pan/i doświadczenie w opiece nad osobami starszymi cierpiącymi na poniższe choroby? (Czy opiekował/a się Pan/i chorymi): | Jak długo? | TAK | NIE |
|---|---|---|---|
| Początkowe stadium demencji lub choroby Alzheimera. | ..... | ☐ | ☐ |
| Średniozaawansowane / zaawansowane stadium demencji lub choroby Alzheimera. | ..... | ☐ | ☐ |
| Średniozaawansowane / zaawansowane stadium choroby Parkinsona. | ..... | ☐ | ☐ |
| Osoba po wylewie lub udarze. | ..... | ☐ | ☐ |
| Osoba ze stwardnieniem rozsianym. | ..... | ☐ | ☐ |
| Końcowe stadium choroby nowotworowej. | ..... | ☐ | ☐ |
| Opieka nad osobą leżącą, w tym mycie Podopiecznego w łóżku oraz zmiana pozycji w łóżku co 3 godziny. | ..... | ☐ | ☐ |
| Samodzielne przenoszenie między łóżkiem-wózkiem--fotelem z osobą nie współpracującą, tzw. transfer Podopiecznego. | ..... | ☐ | ☐ |
| Transfer Podopiecznego współpracującego potrafiącego stanąć o własnych siłach. | ..... | ☐ | ☐ |
| Przygotowywanie posiłków zgodnie z dietą dla Diabetyków. | ..... | ☐ | ☐ |
| Zmiana pieluchomajtek. | ..... | ☐ | ☐ |
| Zmiana wkładek. | ..... | ☐ | ☐ |
| Wstawanie do Podopiecznego kilka razy w nocy. | ..... | ☐ | ☐ |
| Zmiana worków na mocz przy cewniku. | ..... | ☐ | ☐ |
| Zmiana worków przy stomii. | ..... | ☐ | ☐ |
| Podłączenie worków z płynami i pokarmami przy sondzie żołądkowej PEG. | ..... | ☐ | ☐ |
| Higiena jamy ustnej i/lub protezy u Podopiecznego. | ..... | ☐ | ☐ |
| Higiena ciała i pielęgnacja skóry. | ..... | ☐ | ☐ |
| Higiena intymna. | ..... | ☐ | ☐ |
| Obsługa aparatu tlenowego, podawanie tlenu. | ..... | ☐ | ☐ |

Czy są czynności, których nie może Pan/i wykonywać? Jakie? .....
.....

Inne choroby z którymi ma Pan/i doświadczenie. Jakie? .....
.....

Pozostałe czynności, które wykonywał/a Pan/i samodzielnie. Jakie?.....
.....
.....

| Czy jest Pan/i gotowa/y samodzielnie wykonać następujące czynności u Podopiecznego? | TAK | NIE |
|---|---|---|
| Zmiana pieluchomajtek. | ☐ | ☐ |
| Transfer Podopiecznego. | ☐ | ☐ |
| Opieka nad osobą leżącą z myciem i zmianą pozycji co 3 godziny. | ☐ | ☐ |
| Opróżnianie i zmiana worka przy cewniku. | ☐ | ☐ |
| Zmiana worków przy stomii. | ☐ | ☐ |
| Podawanie pokarmów i płynów przez sondę żołądkową PEG. | ☐ | ☐ |
| Przygotowywanie posiłków dla Diabetyków. | ☐ | ☐ |

| Informacje uzupełniające: | TAK | NIE |
|---|---|---|
| Czy ma Pan/i prawo jazy i może Pan/i jeździć za granicą? | ☐ | ☐ |
| W jakim stopniu może Pan/i ocenić umiejętności gotowania?<br>☐ bardzo dobry ☐ dobry ☐ średni ☐ słaby ☐ bardzo słaby | | |
| Czy był/a/by Pan/i w stanie jeździć nie swoim samochodem? | ☐ | ☐ |
| Czy jest Pan/i w stanie opiekować się osobą bez względu na płeć?<br>☐ Mężczyzną ☐ Kobietą | ☐ | ☐ |
| Jak długo chciał/a/by Pan/i jednorazowo spędzać w podróży służbowej?<br>☐ 2 miesiace ☐ 3 miesiące ☐ 4 miesiące ☐ więcej, jak długo?..... | | |
| Jak długą przerwę chciał/a/by Pan/i mieć pomiędzy podróżami służbowymi?<br>☐ 1 tydzień ☐ 2 tygodnie ☐ 3 tygodnie ☐ więcej, jak długo?..... | | |
| Od kiedy może Pan/i wyjechać?..... | | |

## PROFIL KANDYDATA

Prosimy o szczere zaznaczenie odpowiednich cech i zainteresowań. Dzięki Pana/i odpowiedziom będziemy mogli idealnie dopasować kandydaturę tak by stworzyć jak najlepsze i komfortowe relacje z Podopiecznym.

| CECHY CHARAKTERU (proszę wybrać kilka) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| cierpliwy/a | ☐ | otwarty/a | ☐ | opanowany/a | ☐ | pogodny/a | ☐ |
| niecierpliwy/a | ☐ | sumienny/a | ☐ | punktualny/a | ☐ | pracowity/a | ☐ |
| godny/a zaufania | ☐ | obowiązkowy/a | ☐ | rzetelny/a | ☐ | zaangażowany/a | ☐ |
| odpowiedzialny/a | ☐ | pomocny/a | ☐ | komunikatywny/a | ☐ | uczciwy/a | ☐ |
| rozmowny/a | ☐ | szczery/a | ☐ | gadatliwy/a | ☐ | prawdomówny/a | ☐ |
| energiczny/a | ☐ | poważny/a | ☐ | towarzyski/a | ☐ | odważny/a | ☐ |
| aktywny/a | ☐ | stanowczy/a | ☐ | wrażliwy/a | ☐ | taktowny/a | ☐ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| spokojny/a | ☐ | wyrozumiały/a | ☐ | zdecydowany/a | ☐ | pewny/a siebie | ☐ |
| skuteczny/a | ☐ | wymagający/a | ☐ | wrażliwy/a | ☐ | optymistyczny/a | ☐ |
| serdeczny/a | ☐ | sympatyczny/a | ☐ | uprzejmy/a | ☐ | uparty/a | ☐ |
| życzliwy/a | ☐ | uczuciowy/a | ☐ | opiekuńczy/a | ☐ | wesoły/a | ☐ |

| ZAINTERESOWANIA (proszę wybrać jedno lub kilka) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| gotowanie | ☐ | pieczenia ciast | ☐ | ogród | ☐ | zwierzęta | ☐ |
| krzyżówki | ☐ | czytanie | ☐ | robienie na drutach | ☐ | szydełkowanie | ☐ |
| malowanie | ☐ | spacery | ☐ | oglądanie tv | ☐ | gry planszowe | ☐ |
| polityka | ☐ | sport | ☐ | podróże | ☐ | gry w karty | ☐ |
| śpiewanie | ☐ | film | ☐ | sztuka | ☐ | książki | ☐ |
| nauka języków | ☐ | religia | ☐ | słuchanie muzyki | ☐ | śpiewanie | ☐ |
| gra na instrumencie | ☐ | poezja | ☐ | zbieranie znaczków | ☐ | kolekcjonerstwo | ☐ |
| kwiaty | ☐ | Inne, jakie?..... | | | | | |

Kilka słów o sobie... . Proszę napisać w języku polskim lub niemieckim dlaczego chce Pan/i pracować jako Opiekun/ka Osób starszych? Jaką jest Pan/i osobą?, Jakie są Pani dobre, mocne strony?.....
.....
.....
.....
.....
.....

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)."

Administaratorem danych zawartych w niniejszym formularzu jest CARE SOLUTIONS 24H z siedzibą w Starków 37, 57-362 Krosnowice, oddział w 57-350 Kudowa Zdrój przy ul. Pogodna 12.

.....
Data i podpis Kandydata

**Dziękujemy za wypełnienie formularza**