ACIDE– Associação Conquistense de Inclusão do Deficiente

Ficha de Cadastro

IDENTIFICAÇÃO:

Data do cadastro:
Data de Recadastramento:
Nome: _____
Sexo: _____ Nacionalidade: _____
Identidade: _____ CPF: _____
Data de nascimento: _____ Naturalidade: _____

FILIAÇÃO:

Pai: _____
Mãe: _____

ENDEREÇO:

Rua: _____ n° _____
Bairro: _____ Telefone: _____
E-mail: _____

DEFICIÊNCIA:

DV ( ) DM ( ) DA ( ) DF ( ) PC ( ) Deficiência Múltipla ( )
Congênita (Nascença): ( ) Adquirida (Ficou depois): ( )

ESTADO CIVIL:

Solteiro (a): ( ) Casado (a): ( ) Viúvo (a): ( ) Divorciado (a): ( )
N° de filhos: _____ Profissão: _____
Graus de escolaridade: _____
Experiencia profissional: _____
Trabalha? Sim ( ) Função: _____ Não ( )
Possui passe livre interestadual? Sim ( ) Não ( )
Casa: Própria ( ) aluguel ( ) Financiada ( ) Parentes ( )
Participa de outra Instituição que trabalha com deficiência? _____
É beneficiário do INSS? _____

DADOS SOCIAIS:

Forma de acesso (Como Chegou a Instituição)
( ) Procura Espontânea ( ) Busca ativa ( ) CRAS ( ) Abordagem Social ( ) Casa de Convivência ( ) Conselho de direitos ( ) Defesa Civil ( ) Defensoria publica ( ) Ministério Público ( ) Saúde ( ) Educação ( ) Entidades a rede socio-assistencial ( ) Outra politicas públicas _____

Pertence a algum grupo populacional tradicional ou especifico, abaixo?

( ) Família cigana ( ) Agricultores familiares ( ) Comunidade de terreiro ( ) Família assentada de reforma agraria ( ) Família acampada ( ) Família de catadores de material reciclável ( ) Família Indígena ( ) Família quilombola ( ) Família de preso do sistema carcerário ( ) Outros _____

Frequenta algum serviço e/ou unidades públicas, abaixo?

( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos- SCFV
( ) Centro de referência de assistência Social – CRAS
( ) Centro de Referencia Especializada de Assistência Social- CREAS

Participa de programas sociais e/ou beneficiário de transferência de renda, citados abaixo?

( ) Bolsa família ( ) Minha casa minha vida ( ) BPC Idoso/Deficiente

( ) Outros _____

Recebe/recebeu algum outro beneficio assistencial e/ou eventual citados abaixo?

( ) aluguel social ( ) vale transporte para tratamento de saúde
( ) Outros: _____

Realiza acompanhamento de saúde pelo Sistema Único de Saúde? _____

Realiza Terapia de reabilitação pelo SUS? _____

Faz uso de medicamentos, alimentos especiais, suplemento nutricionais fornecidos pelo SUS? Quais? _____

Ao assinar a ficha de cadastro você concorda com o uso de sua imagem para fins de publicidade da Instituição.

ASSINATURA DO NOVO ASSOCIADO OU RESPONSÁVEL

_____