

**ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES AUDITIVOS, PAIS, AMIGOS E USUÁRIOS DE
IMPLANTE COCLEAR (ADAP)**

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brizolla 4-40

Fone/fax: (14) 3226-3388 CEP. 17.012-059 – Bauru – SP

CNPJ: 03.262.239/0001-28

e-mail: adap@adap.org.br

Data ____/____/____.

FICHA SOCIAL

Identificação:

Nome do Usuário _____

Idade: _____ anos

Escolaridade: () Ensino Fundamental () Médio () Superior
() Rede pública () particular

Quem são as pessoas que residem na casa :

Pai ()

Mãe ()

Irmãos () Quantos: _____

Avós Paternos () Maternos ()

Outros (tios, sobrinhos, companheiro): _____

Escolaridade dos pais: _____

Ocupação Profissional dos responsáveis: _____

Renda Familiar: _____ salários mínimos (das pessoas que residem na casa)

Habitação: () própria () alugada () financiada () cedida: informar cedida através de quem: _____

Reabilitação:

Nome da fonoaudióloga responsável :-

Quantas sessões de terapias fono semana ____ dias, quanto tempo _____ minutos.

Terapias () individual () grupo

Recursos: realiza terapias fono na () cidade de origem () cidade vizinha ____hs-____ km.

Através de: () Órgãos Públicos () Prefeituras () Associações () Convênios ()
Particular () Cortesia .

Recursos Comunitários:

**ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES AUDITIVOS, PAIS, AMIGOS E USUÁRIOS DE
IMPLANTE COCLEAR (ADAP)**

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brizolla 4-40

Fone/fax: (14) 3226-3388 CEP. 17.012-059 – Bauru – SP

CNPJ: 03.262.239/0001-28

e-mail: adap@adap.org.br

Recebe o BPC – Benefício de Prestação Continuada () sim () não

Recebe Bolsa Família: () sim () não

Participa de algum programa do CRAS – Centro de Referência da Assistência Social:

() sim () não

Conta com plano de Saúde () sim () não Qual? _____

Sobre a ADAP:

Como você soube do trabalho desenvolvido pela ADAP:

Através de () Associados da ADAP

() Médico

() Assistente Social

() Fonoaudióloga

() Centros de Implante Coclear

Você faz uso de redes sociais: facebook () internet () blog () twitter ()

Comentários: _____

_____.

Assinatura

RG.