



REGISTRO LOCAL Y FORMAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:

DNI y CUIL:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Teléfono:

Email:

DIAGNÓSTICO

Si:

No:

Desconoce:

Especificar:

ESCOLARIDAD

Alfabetización: Si No

Escuela común:

Nivel:

Escuela Especial:

Taller de formación laboral:

Centro de día / Rehabilitación:



SERVICIOS DE SALUD

CUD: Si No

Fecha de vencimiento: / /

Obra Social: Si No

Beneficios del estado: Si No Desconoce

Plan Social:

Pensión no contributiva:

Asignación universal:

Subsidios:

NECESIDADES

Cubiertas: Si No En parte

Elementos ortopédicos:

Medicación:

Transporte:

Recibe tratamiento: Si No

Especificar:

Lugar:

INGRESOS

Empleo: Si No Especificar:

Condiciones laborales:

Monto:

Tiempo:

VIVIENDA

Propia: Si No

Condición:

Necesidad de servicios:

Accesibilidad: Si No

Especificar:



CONFIGURACIÓN FAMILIAR

Apellido y nombres:

Parentesco:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Subsidio o salario por la PCD:



INTERACCIÓN

Comunicación:

Compresión:

Actividades recreativas:

Ocio:

Grupos de recreación:

DEMANDAS:

Especificar:

Hasenkamp, de de

Datos aportados por: (firma y aclaración)