



# Ministério Adventista das Possibilidades

## União Portuguesa dos Adventistas do Sétimo Dia

Inquérito sobre famílias e pessoas com necessidades especiais

Sou ou tenho familiares com incapacidades ou deficiência (selecione a ou as opções corretas):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Surdez sem Língua gestual     | <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual                 |
| <input type="checkbox"/> Surdez com Língua gestual     | <input type="checkbox"/> Pessoa com doença mental                |
| <input type="checkbox"/> Cegueira sem Braille          | <input type="checkbox"/> Órfão ou criança em situação vulnerável |
| <input type="checkbox"/> Cegueira com Braille          | <input type="checkbox"/> Cuidador/a Informal                     |
| <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral            | <input type="checkbox"/> Pessoa em luto por alguém próximo       |
| <input type="checkbox"/> Paralisia Motora              | <input type="checkbox"/> Acamado em casa                         |
| <input type="checkbox"/> Motora (com cadeira de rodas) | <input type="checkbox"/> Acamado em instituição/Lar              |
| <input type="checkbox"/> Autismo                       | <input type="checkbox"/> Outro tipo de incapacidade              |
| <input type="checkbox"/> Asperger                      | _____  |

Gostaria de:

- Ser de voluntário/a no Ministério das Possibilidades
- Já faço parte da Direção do Ministério das Possibilidades da minha Igreja

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Igreja: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_