



Ficha de Inscrição

Mod004

Versão: 1

Data de Inscrição ____/____/____ **Data de Admissão:** ____/____/____ **Data de Saída:** ____/____/____
N.º Processo: ____/____/____ **Motivo de saída:** _____
N.º Entrada: ____/____/____ _____

Resposta Social a que se candidata:

ERPI
☐

Centro de dia
☐

SAD
☐

Tipo de vaga a que se candidata:

Vaga
comparticipada
☐

Vaga não
Comparticipada
☐

Estado da Inscrição

Admitido ☐

Não admitido/a, mas interessado/a em ingressar a lista de candidatos ☐

Não admitido/a e inscrição anulada pela família ☐

Candidatura não admissível ☐

1. Dados de identificação do/a candidato/a

1.1 Nome: _____
1.2 Nome a ser tratado: _____
1.3 Data de Nascimento: ____/____/____ 1.4 Estado Civil: _____
1.5 Nome Pai: _____
1.6 Nome Mãe: _____
1.7 Morada: _____
1.8 Código Postal: _____
1.9 Telefone: _____ 1.10 Profissão: _____
1.11 NISS: _____ 1.12 N.º B.I./C.C.: _____
1.13 SNS: _____ 1.13 N.º Contribuinte: _____

2. Dados de Identificação e Contactos da(s) Pessoa(s) próximas do/a candidato/a

2.1.1 Nome: _____
2.1.1 Data de nascimento: ____/____/____ 2.1.2 Parentesco/Relação: _____
2.1.3 Morada: _____ 2.1.4 e-mail: _____
2.1.5 Código Postal: _____ 2.1.6 Localidade: _____
2.1.7 Telefone: _____ 2.1.8 Telemóvel: _____
2.2 Nome: _____
2.2.1 Data de nascimento: ____/____/____ 2.2.2 Parentesco/Relação: _____

2.2.3 Morada: _____	2.2.4 e-mail: _____
2.2.5 Código Postal: _____ - _____	2.2.6 Localidade: _____
2.2.7 Telefone: _____	2.2.8 Telemóvel _____
2.3 Dados relativos ao responsável do/a candidato/a _____ No C.C./B.I.: _____ Data de validade: ____/____/____ NIF: _____	

3. Caracterização Individual e Familiar do/a candidato/a

Nome	Idade	Parentesco	Vive com utente?		Condição perante o trabalho
			Sim	Não	
Utente	-	-	-	-	-

4. Situação Económica do/a candidato/a

4.1	Rendimentos Mensais	4.2	Despesas Mensais
	Rendimentos de trabalho		Medicação
	Rendimentos prediais		Renda da Casa
	Pensão de invalidez/velhice		Prestações
	Pensão de sobrevivência		Impostos
	Complemento por dependência		Pensão de alimentos
	Complemento por cônjuge		Outros
	Total		Total:

4.3 Agregado Familiar:

4.4 Nº de elementos Quem? _____

5. Funcionalidade

5.1 Autonomia

Autónomo ☐
 Semi-dependente ☐
 Dependente Grau I ☐
 Dependente Grau II ☐

5.2 Mobilidade

Cadeira de Rodas ☐
 Bengala ☐
 Andarilho ☐
 Ajuda de 3.º ☐

5.3 Uso de:

Fralda ☐
 Algália ☐
 Dispositivo urinário ☐
 Prótese dentária ☐

5.4 Higienização:

Sozinho ☐
 Com ajuda ☐
 Leito ☐
 Casa de Banho ☐

5.5 Alimentação:

Sozinho ☐
 Com ajuda ☐

5.6 Tipo de Alimentação:

Normal ☐ Dieta mole ☐ Dieta hiposódica ☐ Dieta líquida ☐ Dieta pastosa ☐

5.7 Possui Deficiências?

Não ☐

Sim ☐

Mental ☐

Visual ☐

Motora ☐

Auditiva ☐

6. Saúde

6.1 Estado de saúde: Bom ☐ Razoável ☐ Mau ☐

6.2 Patologias: _____

6.3 Operações: _____

6.4 Tratamentos: _____

6.5 Alergias: _____

Recorre com frequência aos Serviços de Saúde? Sim ☐ Não ☐

Médico de Família: _____ Telefone: _____

Médico Especialista: _____ Telefone: _____

7. Condições Habitacionais

Casa unifamiliar ☐

Casa com barreiras
arquitectónicas ☐

Casa em ruína ☐

Sem abrigo
Tenda/Barraca ☐

8. Identifique o suporte existente do/a candidato/a

Diário e permanente ☐

Diário pontual ☐

Pontual ☐

Inexistente ☐

9. O cliente já usufrui dos serviços de:

☐ Apoio Domiciliário

☐ Centro de Dia

☐ Outro

☐ Outros Serviços

Qual? Em que Instituição? _____

10. Razões que motivam a inscrição

Isolamento	Más condições habitacionais
Falta de apoio familiar	Conflitos familiares
Abandono familiar	Ausencia de familia
Familia sem condições para prestar apoio	Isolamento Geográfico
Sem habitação	Incapacidade/doença

11. Serviços Solicitados (só para o SAD)

	Quando?					
	2F a Sexta*	Todos os dias				
* <i>excepto feriados</i>						
Cuidados de Higiene	☐	☐	Manhã	☐	Tarde	☐
Fornecimento de Alimentação	☐	☐	Peq. Almoço	☐	Almoço	☐ Lanche ☐
Apoio na Alimentação	☐	☐	Peq. Almoço	☐	Almoço	☐ Lanche ☐
Assistência Medicamentosa	☐	☐	Peq. Almoço	☐	Almoço	☐ Lanche ☐
Apoio Social	☐	☐	(a) de acordo com o contratualizado			
Higiene Habitacional (a)	☐	☐	(b) de acordo com o contratualizado			
Tratamento de Roupas (b)	☐	☐	(c) Em função do Plano de Actividades estipulado pela Instituição			
Actividades Socioculturais (c)	☐	☐				

12. Visita às Instalações

Agendamento da visita às instalações:

(de forma a zelar pela privacidade e bem estar dos residentes, e preservar o bom funcionamento da instituição as visitas devem ser previamente agendadas)

Data: ____/____/____

Quem visita: _____

Não visitou: ☐

Motivo da não visita às Instalações: _____

Reagendamento de visita: ____/____/____

Observações (assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

Declaro que tomo conhecimento das regras dos processos de candidatura e admissão do Centro Social dos Carvalhais de Lavos. Declaro, ainda, ter recebido um comprovativo da Inscrição, onde consta a listagem de documentação necessária para a apresentação aquando da formalização da admissão. Declaro autorizar o tratamento de dados pessoais expressos no presente documento para utilização interna do Centro Social dos Carvalhais, conforme lei nº 67/98.

Assinatura do candidato ou pessoa significativa

Data

Em caso de admissão preencher com os seguintes elementos:

Data de Admissão : ____/____/____

Número de utente:

Resposta Social

Equipamenro Residencial para Pessoas Idosas	☐
Serviço de Apoio Domiciliário	☐
Centro de Dia	☐

Mensalidade Comparticipação Caução Total

o descendentes

Revisão/Alteração

(data)	(valor)	(motivo)
(data)	(valor)	(motivo)
(data)	(valor)	(motivo)

Declara-se que o/a Sr.(a) _____ procedeu à inscrição de _____ na resposta social de _____ do Centro Social dos Carvalhais de Lavos.

Deverá entregar os seguintes documentos para verificar a elegibilidade para a resposta social a que se candidata:

Documentos necessários para o processo de Candidatura:

- Cópia do Cartão de Cidadão ☐
- Caso não disponha de Cartão de Cidadão, será necessário cópia:
 - Bilhete de Identidade ☐
 - NISS (Número de Identificação da Segurança Social) ☐
 - Cartão de Contribuinte ☐
 - Cartão de Utente do Sistema Nacional de Saúde ☐
- Declaração de Rendimentos ☐
- Documento comprovativo de Despesas com Medicamentos, utilizados no tratamento de **Doença Crónica** (Recibos da Farmácia dos últimos três meses) ☐
- Documento do Médico de Família com informação clínica, terapêutica e historial clínico ☐
- Documento de identificação de familiar responsável / responsável solidário ☐