

## Ficha de Inscrição – Parte A

Dados a preencher na Candidatura do Cliente

Nº. Processo

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

Data de Saída:

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome a ser Tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração:

Idade:

Morada:

Código Postal:

Telefone de Casa:

B.I. Nº:

Telemóvel:

Nº Contribuinte:

E-mail:

Beneficiário S.S. Nº:

SNS:

### 2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

**Fundamentação:**

**3. BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE**

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal <sup>1</sup>	Rendimento Mensal <sup>2</sup>
			Sim	Não		
					Reforma	€
					Total	€

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Campos a preencher com dados do Cliente e familiares que compõem o agregado familiar.

**Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?**

Sim

Quem?

Não

**4. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE**

## Rendimentos Mensais

Rendimento do Trabalho	€
Reforma	€
Pensão	€
Complemento Dependência	€
Outros	€
<b>Total:</b>	<b>€</b>

## Despesas Mensais

Medicação	€
Renda de Casa	€
Água, Eletricidade, Gás e Telefone	€
Alimentação	€
Outros	€
<b>Total:</b>	<b>€</b>

**5. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA (S) PESSOA (S) PRÓXIMA (S) DO CLIENTE<sup>1</sup>**

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação<sup>2</sup>:

Morada:

Código Postal:

Telefone:

Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/Relação:<sup>2</sup>

Morada:

Código Postal:  Telefone:

## 6. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?  
(assinale com uma x)

Sim  Não

Identifique o suporte familiar existente no momento de inscrição  
(assinale com uma x)

Tem suporte familiar Diário e Permanente   
Tem suporte familiar Diário mas, pontual   
Tem suporte familiar Pontual   
Não possui suporte familiar

Se não se enquadra em nenhuma destas situações por favor especifique melhor a situação familiar do candidato:

O Cliente usufrui dos serviços de:  
(assinale com uma x)

Apoio Domiciliário  Identifique o estabelecimento:   
Centro de dia   
Centro de convívio  Especifique qual, assim como o estabelecimento:   
Outro Serviço

(1) Pessoa(s) Próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.

(2) Parentesco – Cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outros.

## 7. CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Possui Habitação:							
Própria	<input type="checkbox"/>	Cedida	<input type="checkbox"/>	Arrendada	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Condições da Habitação:							
Boas	<input type="checkbox"/>	Razoáveis	<input type="checkbox"/>	Sem condições	<input type="checkbox"/>		

## 8. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente: (assinale com uma x)	
Autónomo não necessita de apoio	<input type="checkbox"/>
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>
Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida quotidiana e na mobilidade	<input type="checkbox"/>
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)	<input type="checkbox"/>

Deficiência: (assinale com uma x)	
Mental	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>
Motora	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>

## 9. VISITAS ÀS INSTALAÇÕES

O cliente visitou as instalações

Sim	<input type="checkbox"/>	
Não	<input type="checkbox"/>	Mencione o motivo da não visita às instalações:
O cliente é Sócio da Instituição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

**10.FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?**Sim  Não 

Assinale os documentos entregues e a respetiva data de entrega

Bilhete de Identidade/ C.C	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cartão Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
IRS e Respetiva Nota de Liquidação Do Agregado Familiar	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Pensão de Portugal/Estrangeiro	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Relatórios de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

**11.CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO**

Ponderação

Pontuação

1º	Idade do Cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º	Grau de Dependência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º	Fracos Recursos Económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º	Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º	Residência próxima do estabelecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º	Situação encaminhada pelos Serviços da Segurança Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º	Risco de isolamento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8º	Elementos de referencia a frequentar o estabelecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º	Outros, definidos pela Direcção do estabelecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>Total =</b>	<input type="checkbox"/>

**12.OBSERVAÇÕES:** (assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

**ASSINATURAS**

Cliente	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Representante do Cliente:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Diretora Técnica:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>