

*Residencial Sénior Casa da Ponte***A Ficha de Inscrição****DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS**Data de Inscrição: Validade da Inscrição Data da admissão N.º Entrada: N.º de Sócio N.º de Processo Individual **DADOS A PREENCHER PELO/A CLIENTE****1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CLIENTE**Nome Completo Nome pelo qual deve ser tratado/a Data de Nascimento Género Idade Anos Morada Código Postal - Telefone Casa BI/Cartão Cidadão Telemóvel E-mail NIF NISS N.º de utente SNS Grupo Sanguíneo Habilitações Literárias **2. MOTIVO DO PEDIDO**

Resposta Solicitada |

 Temporária Permanente

Fundamentação

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DAS (S) PESSOAS PRÓXIMAS DO/A CLIENTE ⁽¹⁾Nome Data de Nascimento Parentesco/Relação (2) Morada Código Postal Telefone Telemóvel Email Ocupação Nome Data de Nascimento Parentesco/Relação (2) Morada Código Postal Telefone Telemóvel E-mail Ocupação

(1) Pessoa (s) próxima (s)- responsável legal, familiares , vizinhos/as, amigos/as, outros

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

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento? (assinale com um X)

Sim Se sim, indique o nome|
Se sim, indique a resposta social|Não

Necessita de algum apoio especial (assinale com um X)

Sim Se sim, especifique o tipo de apoio |Não []

É beneficiário(a) do Rendimento Social de Inserção (RSI) /Ação Social? (assinale com um X)

Sim Se sim, especifique o tipo de apoio |Não []

É acompanhado por outra entidade? (assinale com um X)

Sim Se sim, indique qual/quais? |Não []**4. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CLIENTE E DO AGREGADO FAMILIAR** ⁽³⁾

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o(a) cliente		Meio de vida principal ⁽⁴⁾	Rendimento mensal líquido
			Sim	Não		
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Subtotal						[]
Outros rendimentos						[]
Total						[]

⁽³⁾ (identificar a relação dos descendentes de 1º grau de linha reta ou de outros herdeiros legítimos)⁽⁴⁾ Reforma, Pensão Social, Outro

Habitação			
Própria	<input type="radio"/>	Vivenda	[]
Alugada	<input type="radio"/>	Apartamento	[]
		Parte da casa	[]
		Quarto	[]
		Barraca	[]
		Outra, Qual?	[]

Encargos Fixos ⁽⁵⁾		
Habitação	[]	[]
Saúde	[]	[]
Transportes	[]	[]
Total ⁽¹⁾	[]	[]

⁽⁵⁾ O montante total de despesas fixas a considerar não poderá exceder o Rendimento Mínimo Mensal (R.M.M).

Existem bens de família? Ou bens em nome pessoal?

Possui declaração de interdição ou inabilidade? Se sim, quem é o/a tutor/a?

Sim
Não

Identificação do/a Tutor/a:

Parentesco/Relação:

Identificação de Problemas de Saúde do/a Cliente:

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Respiratórios | <input type="radio"/> | Doenças Cancerígenas | <input type="radio"/> |
| Urinários | <input type="radio"/> | Sistema Nervoso | <input type="radio"/> |
| Ap. Locomotor | <input type="radio"/> | Demência | <input type="radio"/> |
| Limitações Físicas – incapacidade | <input type="radio"/> | Padrões de Sono | <input type="radio"/> |
| Reumatismo | <input type="radio"/> | Depressivos | <input type="radio"/> |
| Cardíacos | <input type="radio"/> | Auditivos | <input type="radio"/> |
| Hipertensão | <input type="radio"/> | Diabetes | <input type="radio"/> |
| Infectocontagiosa | <input type="radio"/> | Visão | <input type="radio"/> |
| HIV | <input type="radio"/> | Hábitos Alcoólicos | <input type="radio"/> |
| Hábitos Tabágicos | <input type="radio"/> | Outros: _____ | <input type="radio"/> |
| Intestinais | <input type="radio"/> | | |

5. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O/A Cliente foi encaminhado/a por outra organização? (assinale com um X)

Sim Qual? _____

Não

O/A candidato/a necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária? (assinale com um X)

Sim Não

Identifique o atual suporte assegurado ao/à candidato/a? (assinale com um X)

- Diário permanente
Diário pontual
Pontual
Inexistente

O/A cliente usufrui dos serviços de/está integrado em | (assinale com um X)

- Serviço de Apoio Domiciliário
Centro de Dia
Outro Serviço

Identifique qual o Estabelecimento

Especifique qual, assim como o Estabelecimento

6. CARACTERIZAÇÃO DA (S) INCAPACIDADE (S) DO/A CANDIDATO/A

Questões (assinale com um X)	Sim	Não	Especifique-as
Grau de dependência global do/a Candidato/a			
Autónomo/a, não necessita de apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Necessita de apoio na higiene pessoal, nas atividades da vida diária e apoio na mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, outras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Acamado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lúcido/a e orientado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim

Não

Cartão de Cidadão do/a cliente, ou: Bilhete de Identidade; Cartão do Sistema de Saúde; Cartão de Identificação Fiscal; Cartão de Beneficiário da Segurança Social	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Relatório médico a declarar a inexistência de doença infectocontagiosa ou de patologia mental;	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Prescrição médica datada e assinada com a posologia dos medicamentos a tomar (sempre que necessário)	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Apresentação de uma microrradiografia ou RX ao tórax com relatório, sempre que o médico não assuma a inexistência de doença infectocontagiosa;	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Relatório Médico com historial clínico	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Despesas com aquisição de medicamentos de usos continuados relativos ao cliente, em caso de doença crónica, justificado através de declaração médica atualizada	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Declaração da pensão ou reforma do cliente, assim como de outros rendimentos, quando existentes	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Declaração de I.R.S e respetiva nota de liquidação do/a cliente;	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Declaração de bens patrimoniais do cliente emitida pelo serviço de finanças;	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Declaração de I.R.S e nota de liquidação dos descendentes e outros familiares; ou em caso de recebimento do subsidio de desemprego declaração passada pela segurança social com o valor diário.	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Outro documento que se considere necessário. Ex: Prova de rendimentos do AF	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___
Declaração de Consentimento – Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)	<input type="radio"/>	Data da entrega	___/___/___

8. ASSINATURAS**Notas:**

1. Assinatura da presente ficha implica a veracidade das declarações prestadas. Falsas declarações implicam a anulação automática da candidatura.
2. Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem autorização prévia do candidato/família.
3. Esta inscrição só é válida quando acompanhada de todos os documentos e comprovativos indicados. Terá a validade de um ano, só podendo continuar a ser considerada se renovada antes do prazo de validade.

Cliente BI/CC Data |

Assinatura

Significativos BI/CC Data |

Assinatura

Organização Data |

Assinatura