

FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de inscrição

N.º de Inscrição

RESPOSTA SOCIAL A QUE SE CANDIDATA:

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
(Lar de Idosos)

Centro de Dia

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome Completo:

Nome a ser tratado:

Data de Nascimento: Data de Comemoração: Idade Anos

Morada:

B.I. / I.C. n.º Telemóvel:

N.º Contribuinte: Estado Civil:

Beneficiário SS n.º: SNS:

2. MOTIVO DO PEDIDO

TEMPORÁRIO **PERMANENTE**

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CANDIDATO

Nome:

Ocupação: Parentesco/Relação

Morada:

Código Postal: Email:

Telefone: Telemóvel:

Nome:

Ocupação: Parentesco/Relação

Morada:

Código Postal: Email:

Telefone: Telemóvel:

FICHA DE INSCRIÇÃO

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

Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quem?
--	-------

4. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência do cliente
(assinale com um X)

Autónomo, não necessita de apoio na locomoção / mobilidade	
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à locomoção / mobilidade	
Necessita de apoio na higiene pessoal, incontinência	

Deficiência

Mental	
Visual	
Motora	
Auditiva	

4. CARACTERIZAÇÃO DE INCAPACIDADES

Tipo de Incapacidades	Sim	Não	Especifique-as
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas, funções auditivas, estrutura da coluna vertebral)			
Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação (andar distâncias longas, participar em atividades de grupo)			
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio			
Causa das Incapacidades			
Congénita(s)			
Adquirida(s)			

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O candidato recebe apoio da família e/ou vizinhos ? (assinale com um X)
Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

A relação que o candidato estabelece com a família é: (assinale com um X)
<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Conflituosa <input type="radio"/> Outra:

FICHA DE INSCRIÇÃO

O **atual** auxílio assegurado ao candidato é:
(assinale com um X)

Diário e permanente

Diário mas pontual

Pontual

Inexistente

Não aplicável

Atualmente o candidato usufrui dos serviços de:
(assinale com um X)

Apoio Domiciliário

Centro de Dia

Centro de Convívio

Outro Serviço

Não aplicável

Se sim, qual a instituição que presta o serviço?

5. CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIAL

5. DESCRIÇÃO DO ENQUADRAMENTO FAMILIAR E/OU REDE DE SUPORTE

FICHA DE INSCRIÇÃO

6. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

RENDIMENTOS MENSAIS		DESPESAS MENSAIS	
REFORMA		MEDICAÇÃO (SITUAÇÃO CRÓNICA)	
PENSÃO SOCIAL		ÁGUA, ELETRICIDADE, GÁS, TELEFONE	
COMPLEMENTO POR DEPENDÊNCIA			
OUTROS		OUTROS	
TOTAL		TOTAL	

7. CONSULTAS MÉDICAS (Aplicável apenas às candidaturas para a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas)

O candidato pretende continuar a ser consultado pelo seu médico de família ou opta pelo médico da Instituição?
(assinale com um X)

Médico de Família Médico da Instituição

Nome do Médico de Família -

8. VISITA ÀS INSTALAÇÕES:

O Cliente/candidato visitou as instalações?

Sim

Não

Mencione a razão da não visita às instalações:

Nova agenda de visita: ____ / ____ / ____

9. ASSINATURAS

Cliente _____ Data / /

Família _____ Data / /

Instituição _____ Data / /