



FICHA DE INSCRIÇÃO

Idosos

PARTE A

RESPOSTA SOCIAL: CD

CC

SAD

DATA DE ADMISSÃO:

DATA DE INSCRIÇÃO:

N.º DE ENTRADA:

N.º DE UTENTE:

PONTO DE SITUAÇÃO DA
INSCRIÇÃO:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo:

Nome a ser tratado:

Data de nascimento:

Data de comemoração:

Idade:

Morada:

Código postal:

Localidade:

Telefone:

Telemóvel:

BI/CC n.º:

N.º Contribuinte:

N.º Seg. Social:

N.º Utente

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO UTENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o utente	Meios de vida principal ⁽¹⁾	Rendimento mensal líquido ⁽²⁾
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		

(1) REFORMA; PENSÃO SOCIAL; PENSÃO MÍNIMA; OUTRO.

(2) APLICÁVEL A ESTABELECIMENTOS DAS REDES PÚBLICAS E SOLIDÁRIA; CAMPOS A SEREM OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDOS COM OS DADOS DO UTENTE E DOS FAMILIARES QUE COMPÕEM O SEU AGREGADO.

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

 SimQuem? Não**3. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO UTENTE**

Rendimentos mensais		Despesas mensais	
Rendimento do trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda de casa	€
Pensão	€	Consumos de água, electricidade, gás e telefone	€
Complemento por dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outros	€
Total	€	Total	€

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO UTENTE⁽¹⁾Nome Data de nascimento: Parentesco/Relação ⁽²⁾ Morada: Código postal: Localidade: Telefone: Ocupação: Nome Data de nascimento: Parentesco/Relação ⁽²⁾ Morada: Código postal: Localidade: Telefone: Ocupação:

(1) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) – RESPONSÁVEL LEGAL, FAMILIARES, VIZINHOS, AMIGOS, OUTROS

(2) PARENTESCO – CONJUGUE, FILHO(A), IRMÃO(Ã), OUTRO; RELAÇÃO – AMIGO(A), VIZINHO(A), VOLUNTÁRIO(A), OUTRO

5. REDE SOCIAL E SUPORTE

O Candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?

(ASSINALE COM UMA X)

 Sim Não

Identifique o suporte existente do candidato:

(ASSINALE COM UMA X)

- Diário e permanente
- Diário pontual
- Pontual
- Inexistente

O utente usufrui dos serviços de:

(ASSINALE COM UMA X)

- Apoio domiciliário Identifique qual o Estabelecimento:
- Centro de dia
- Centro de convívio
- Outro serviço Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

6. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente

(ASSINALE COM UMA X)

- Autónomo, não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
- Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)

Deficiência

(ASSINALE COM UMA X)

- Mental
- Visual
- Motora
- Auditiva

7. MOTIVO DO PEDIDO

8. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O utente visitou as instalações:

- Sim
 Não

Mencione a razão da não visita às instalações:

Nova agenda de visita: ____/____/____

9. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

- Sim
 Não

ASSINALE QUAIS OS DOCUMENTOS EM FALTA E A RESPECTIVA DATA DE ENTREGA

- | | | |
|--|------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> BI/CC | Data de entrega: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> N.º contribuinte | Data de entrega: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cartão de beneficiário ou pensionista | Data de entrega: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cartão do Serviço Nacional de Saúde | Data de entrega: | <input type="text"/> |

10. OBSERVAÇÕES

(ASSINALE OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE O UTENTE)

ASSINATURAS

Utente: Data:

Responsável pelo utente: Data:

Instituição: Data: