



estruturaresidencial

FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de Inscrição: ____/____/____

Número de Entrada: ____/____

A preencher pela instituição

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome Completo: _____

Nome a ser tratado: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____ Freguesia: _____ Lugar: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Endereço Electrónico: _____

BI / CC n.º _____ Emitido a : ____ / ____ / ____ Válido até: ____ / ____ / ____

NIF : _____ NISS: _____ SNS: _____

2. Motivo do pedido

Resposta Solicitada: Temporária Permanente

Fundamentação

3. Dados de identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do candidato

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Relação / Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço electrónico: _____

Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Relação / Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço electrónico: _____

Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Relação / Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço electrónico: _____

Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Relação / Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço electrónico: _____

Ocupação: _____

4. Rede social e Suporte

Neste momento quem presta apoio ao candidato?

O candidato usufrui de serviços de apoio domiciliário ou frequenta centro de dia? Qual?

O candidato encontra-se integrado em algum lar de idosos/residencial sénior? Qual?

5. Contexto habitacional (assinale com um X)

• **Candidato possui habitação própria:**

Sim

Não

• **Risco de isolamento social:**

Vive sozinho

Não sai do domicílio, mas recebe visitas

Não sai do domicílio, mas não recebe visitas

Relação social apenas com familiares

Relações sociais com família/amigos/vizinhos

6. Avaliação Sumária da funcionalidade do candidato

Assinale com um x

| | <i>Autónomo</i> | <i>Necessita de apoio pontual dos serviços</i> | <i>Necessita de apoio permanente dos serviços</i> |
|---|-----------------|--|---|
| <i>Banho</i> | | | |
| <i>Cuidados de Imagem</i> | | | |
| <i>Vestir-se</i> | | | |
| <i>Ir ao WC</i> | | | |
| <i>Alimentação</i> | | | |
| <i>Mobilidade</i> | | | |
| <i>Tratamento de roupas</i> | | | |
| <i>Acompanhamento ao exterior (fazer compras)</i> | | | |
| <i>Aquisição de bens e serviços</i> | | | |
| <i>Toma medicamentosa</i> | | | |
| <i>Ocupação do tempo livre</i> | | | |

7. Problemas de Saúde do candidato (Assinale com um X)

| | | | | | |
|----------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------|--|
| Respiratórios | | Intestinais | | Doença psiquiátrica | |
| Reumáticos | | Doença infecto-contagiosas | | Doença neurológica | |
| Cardíacos | | Diabetes | | Doença mental | |
| Hipertensão | | Auditivos | | | |
| Urinários | | Visão | | | |

8. Descrição das condições socioeconómicas do candidato

| Pensão | Montante |
|--------------------|----------|
| Social | € |
| Invalidez | € |
| Sobrevivência | € |
| Velhice | € |
| Outros rendimentos | € |

9. Documentos necessários

Anexar à ficha de inscrição

- Relatório médico da situação clínica do utente
- Comprovativo de rendimentos do utente (declaração de IRS/ Declaração de Rendimentos da Segurança Social)
- Comprovativo das despesas com medicação continuada, segundo declaração médica

CONSENTIMENTO

Autorizo o tratamento, por parte do Centro Social Paroquial de S. João da Foz do Sousa, dos dados pessoais que constam desta ficha de inscrição.

O Responsável pelo tratamento dos dados pessoais (Centro Social Paroquial de S. João da Foz do Sousa) compromete-se a utilizá-los apenas com a finalidade de organização processual, contratual e divulgação das informações e atividades institucionais.

Os dados serão conservados pelo período de 5 anos e /ou enquanto durar a relação contratual.

Nos termos da legislação em vigor, os titulares dos dados pessoais recolhidos neste formulário poderão exercer os seus direitos previstos na legislação (acesso, rectificação, apagamento, limitação, oposição e portabilidade) através do contacto escrito para o seguinte email: epd@centrosocialfozdosousa.com, podendo, igualmente, retirar os consentimentos a qualquer momento, e ainda apresentar reclamação junto da autoridade de controlo (CNPD).

Assinaturas:

Candidato: _____ Data: __ / __ / _____

Pessoa Significativa: _____ Data: __ / __ / _____

Centro Social: _____ Data: __ / __ / _____