



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, Nota de Liquidação, 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: __ / __ / _____