



sad

FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de Inscrição: ____/____/____

Número de Entrada: ____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome Completo: _____

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

Estado Civil: _____

Morada: _____

Código Postal ____ - ____ Freguesia: _____ Lugar: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Endereço Eletrónico: _____

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

NIF : _____ NISS: _____ SNS: _____

MOTIVO DO PEDIDO

Resposta Solicitada: Temporária ☐ Permanente ☐

Fundamentação:

SERVIÇOS NECESSÁRIOS Assinale com um x

Serviços	Dias Úteis	Todos os dias
Higiene Pessoal		
Higiene Habitacional		
Tratamento de Roupas		
Alimentação		

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO UTENTE

Nome: _____ Relação / Parentesco: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço electrónico: _____

Nome: _____ Relação / Parentesco: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço electrónico: _____

Nome: _____ Relação / Parentesco: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço electrónico: _____

REDE SOCIAL E SUPORTE

Neste momento quem presta apoio ao candidato?

--

AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CANDIDATO (Assinale com um x)

	<i>Autónomo</i>	<i>Necessita de apoio pontual</i>	<i>Necessita de apoio permanente</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>			

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			

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A ANEXAR À INSCRIÇÃO

- Relatório médico da situação clínica do utente e medicação
- Comprovativo de rendimentos do utente e agregado familiar (declaração de IRS, Nota de Liquidação, Declaração de Rendimentos da Segurança Social)
- Comprovativo das despesas com medicação continuada, segundo declaração médica
- Comprovativo das despesas com habitação (renda da casa ou empréstimo bancário)

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: __ / __ / ____