



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 Roupa		
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)

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

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: ___ / ___ / ___