

Ficha de Inscrição



Data de Inscrição:

Nº Entrada:

Data de Admissão
Fora do Acordo:

Nº Processo:

Data de Admissão
Dentro do Acordo:

Data de Saída:

Motivo da Saída:

Resposta Social: ERPI SAD Centro de Dia

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE / FAMILIAR RESPONSÁVEL

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:	<input type="text"/>			
Nome pelo qual deve ser tratado:	<input type="text"/>			
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>	Idade: <input type="text"/> Anos
Morada:	<input type="text"/>			
Código Postal:	<input type="text"/>	Telefone Casa:	<input type="text"/>	
Freguesia de Residência:	<input type="text"/>	Naturalidade (Freguesia):	<input type="text"/>	
BI / Cartão de Cidadão:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>	
NIF:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>	
NISS:	<input type="text"/>	SNS:	<input type="text"/>	

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação/Razões para a Inscrição:

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: e-mail:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: e-mail:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: e-mail:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: e-mail:

Telemóvel:

⁽¹⁾ Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

⁽²⁾ Parentesco – conjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

Ficha de Inscrição



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

Sim
Não

Quem?

É Sócio da ABEP?

Sim
Não

Nº de Sócio:

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim
Não

Qual?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?
(assinale com uma X)

Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:
(assinale com uma X)

diário e permanente
diário pontual
pontual
inexistente

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:
(assinale com uma X)

Apoio domiciliário
Lar Residencial
Centro de Dia
Outro serviço

Identifique qual o Estabelecimento?

ABEP Outro qual? _____

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

5. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE / INCAPACIDADES

Questões (assinale com X)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de incapacidade (s)			
Locomoção/Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Auditivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Visuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Acamada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Doenças Conhecidas: _____			

6. CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

CRITÉRIOS		Ponderação:	Pontuação:
<input type="radio"/>	Situação Socioeconómica	35%	
<input type="radio"/>	Isolamento Social	20%	
<input type="radio"/>	Ser cliente da Instituição	15%	
<input type="radio"/>	Nível de autonomia	15%	
<input type="radio"/>	Freguesia de Residência	15%	
<input type="radio"/>	Ser associado da ABEP	0%	
		100%	Total:

7. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e, a respectiva data de entrega			
Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Cartão da Segurança Social ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Cartão Nacional do Serviço de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Vale da Segurança Social /IRS/ Pensões estrangeiras	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Relatório médico com indicação da situação actual de saúde e indicação terapêutica	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Outros	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__

8. OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA:

Nota: Caso a Abep (Associação Bem Estar de Parceiros) não o contacte no prazo de 15 dias, considera-se que, de acordo com a avaliação técnica e hierarquização de candidatos à resposta social, não é possível de momento a aprovação da sua candidatura, por motivos de não haver vagas. Neste caso, manter-se-á inscrito durante **12 meses**, sendo após este período retirado automaticamente da nossa lista de candidatos. Caso pretenda prolongar a permanência na lista de candidatos deverá voltar a contactar-nos manifestando essa mesma intenção por telefone/e-mail/presencialmente.

Os dados disponibilizados na presente ficha de inscrição e respetivos documentos solicitados, destinam-se única e exclusivamente para efeitos de processo individual do cliente, não sendo utilizados para qualquer outro fim no âmbito da Proteção de Dados.

9. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	___ / ___ / ___
Significativos	_____	Data:	___ / ___ / ___
Organização	_____	Data:	___ / ___ / ___