

Ficha de Inscrição



Data de Inscrição:

Nº Entrada:

Data de Admissão:

Nº Processo:

Data de Saída:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE / FAMILIAR RESPONSÁVEL

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:

Nome pelo qual deve ser tratado:

Data de Nascimento: Sexo: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: Telefone Casa:

Freguesia de Residência: Naturalidade (Freguesia):

BI / Cartão de Cidadão: Telemóvel:

NIF:

NISS: SNS:

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: Ocupação:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Telemóvel:

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

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

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

| | |
|--|-------|
| Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> | Quem? |
|--|-------|

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

| | |
|--|-------|
| Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> | Qual? |
|--|-------|

| | |
|--|---------------------------|
| O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária? <small>(assinale com uma X)</small> | |
| Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> |

| | |
|--|-----------------------|
| Identifique o actual suporte assegurado ao candidato: <small>(assinale com uma X)</small> | |
| diário e permanente | <input type="radio"/> |
| diário pontual | <input type="radio"/> |
| pontual | <input type="radio"/> |
| inexistente | <input type="radio"/> |

| | |
|---|-----------------------|
| O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em: <small>(assinale com uma X)</small> | |
| Apoio domiciliário | <input type="radio"/> |
| Lar Residencial | <input type="radio"/> |
| Centro de Dia | <input type="radio"/> |
| Outro serviço | <input type="radio"/> |
| Identifique qual o Estabelecimento? ABEP <input type="radio"/> 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. 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 | __/__/__ |

7. ASSINATURAS

| | | | |
|----------------|-------|-------|----------|
| Cliente | _____ | Data: | __/__/__ |
| Significativos | _____ | Data: | __/__/__ |
| Organização | _____ | Data: | __/__/__ |