



Ficha de Inscrição – Parte A

Dados a preencher na Candidatura do Cliente

Resposta Social Pretendida

ERPI

CENTRO DE DIA

SAD

Nº. Processo

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

Data de Saída:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome a ser Tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração:

Idade:

Morada:

Código Postal:

Telefone de Casa:

B.I. Nº:

Telemóvel:

Nº Contribuinte:

E-mail:

Beneficiário S.S. Nº:

SNS:

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:



3. BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal ¹	Rendimento Mensal ²
			Sim	Não		
					Reforma	€
					Total	€

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Campos a preencher com dados do Cliente e familiares que compõem o agregado familiar.

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

Sim

Quem?

Não

4. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos Mensais

Rendimento do Trabalho	€
Reforma	€
Pensão	€
Complemento Dependência	€
Outros	€
Total:	€

Despesas Mensais

Medicação	€
Renda de Casa	€
Água, Eletricidade, Gás e Telefone	€
Alimentação	€
Outros	€
Total:	€

5. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA (S) PESSOA (S) PRÓXIMA (S) DO CLIENTE¹

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação²:

Morada:

Código Postal:

Telefone:



Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/Relação:²

Morada:

Código Postal: Telefone:

6. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?
(assinale com uma x)

Sim Não

Identifique o suporte familiar existente no momento de inscrição
(assinale com uma x)

Tem suporte familiar Diário e Permanente
Tem suporte familiar Diário mas, pontual
Tem suporte familiar Pontual
Não possui suporte familiar

Se não se enquadra em nenhuma destas situações por favor especifique melhor a situação familiar do candidato:

O Cliente usufrui dos serviços de:
(assinale com uma x)

Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/>	Identifique o estabelecimento:	<input type="text"/>
Centro de dia	<input type="checkbox"/>		
Centro de convívio	<input type="checkbox"/>	Especifique qual, assim como o estabelecimento:	<input type="text"/>
Outro Serviço	<input type="checkbox"/>		

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

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



7. CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Possui Habitação:			
Própria	<input type="checkbox"/>	Cedida	<input type="checkbox"/>
Arrendada	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Condições da Habitação:			
Boas	<input type="checkbox"/>	Razoáveis	<input type="checkbox"/>
Sem condições	<input type="checkbox"/>		

8. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente: (assinale com uma x)	
Autónomo não necessita de apoio	<input type="checkbox"/>
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>
Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida quotidiana e na mobilidade	<input type="checkbox"/>
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)	<input type="checkbox"/>

Deficiência: (assinale com uma x)	
Mental	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>
Motora	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>

9. VISITAS ÀS INSTALAÇÕES

O cliente visitou as instalações

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Mencione o motivo da não visita às instalações:	
<input type="text"/>	
O cliente é Sócio da Instituição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	



10.FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale os documentos entregues e a respetiva data de entrega

Bilhete de Identidade/ C.C	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Cartão Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
IRS e Respetiva Nota de Liquidação Do Agregado Familiar	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Pensão de Portugal/Estrangeiro	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Relatórios de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>

11.CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

Ponderação		Pontuação
1º	Clientes economicamente mais desfavorecidos	10% <input type="checkbox"/>
2º	Encontrar-se na situação de dependência física	10% <input type="checkbox"/>
3º	A ausência ou disponibilidade por parte da família em assegurar os cuidados básicos do cliente, colocando em causa a sua integridade física	15% <input type="checkbox"/>
4º	Condições Habitacionais (comprometedor do estado de segurança, conforto, higiene e salubridade)	15% <input type="checkbox"/>
5º	Ser cliente de outras respostas sociais da Instituição	10% <input type="checkbox"/>
6º	Ser natural e/residente em Barrancos	20% <input type="checkbox"/>
7º	A ordem da Lista de Espera	10% <input type="checkbox"/>
8º	Ser associado	10% <input type="checkbox"/>
		Total = <input type="checkbox"/>



12.OBSERVAÇÕES: (assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

Large grey rectangular area for observations.

ASSINATURAS

Cliente	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Representante do Cliente:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Diretora Técnica:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>