



Ficha de Inscrição – Parte A

Dados a preencher na Candidatura do Cliente

RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA

ERPI

CENTRO DE DIA

SAD

Nº. Processo:

Data de Inscrição:

Data de Admissão:

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	0,00€
					Total	0,00€

(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		Despesas Mensais	
Rendimento do Trabalho	0,00€	Medicação	0,00€
Reforma	0,00€	Renda da Casa	0,00€
Pensão	0,00€	Electricidade, telefone	0,00€
Complemento Dependência	0,00€	Consumo de água e gás	0,00€
Outros	0,00€	Outros	0,00€
Total:	0,00€	Total:	0,00€

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

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação²:

Morada:

Código Postal:

Telefone:

Ocupação:

(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), outros.



Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/Relação²:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

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 do candidato no momento da inscrição
(assinale com uma x)

Diário e permanente
Diário pontual
Pontual
Inexistente

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 Identifique o estabelecimento:
Centro de dia
Centro de convívio Especifique qual, assim como o estabelecimento:
Outro Serviço

(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. 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"/> |

8. VISITAS ÀS INSTALAÇÕES

O cliente visitou as instalações

Sim

Não

Mencione o motivo da não visita às instalações:

Nova agenda de visita: / /



9.FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta 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	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Pensão 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"/>

10.CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

(Critérios aplicáveis a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública e de acordo com o regulamento interno IT02.PC01-Seleção e Priorização das Candidaturas)

		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"/>



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

[Empty grey rectangular box for observations]



Ficha de Inscrição – Parte B

Dados a preencher na Candidatura do Cliente

1. HABITAÇÃO

Infra-estruturas (assinale com uma x)							
Própria	<input type="checkbox"/>	Cedida	<input type="checkbox"/>	Arrendada	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Em bom estado de conservação					<input type="checkbox"/>		
Em razoável estado de conservação					<input type="checkbox"/>		
Em mau estado de conservação					<input type="checkbox"/>		

2. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE

(assinale com uma x)	Autónomo	Semi-autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho				
Vestir-se				
Ir ao WC				
Alimentação				
Transferências (entrar e sair da cama)				
Continência				
Higiene habitacional				
Tratamento de roupas				
Mover-se ao exterior				
Toma medicamentos				



3. ESTADO DE SAÚDE DO CLIENTE

(assinale com uma x)	Sim	Não
Tem dificuldades de audição?		
Tem dificuldades de visão?		
Utiliza cadeira de rodas?		
Utiliza bengala?		
Está autónomo?		
Está acamado?		
Sofre de Doença mental?		
Sofre de Doença contagiosa?		
Outras		

Diagnóstico/problemas de Saúde:

Médico Assistente:



4.SERVIÇOS SOLICITADOS

(assinale com uma x)

Serviços Solicitados	Quando?			Periodicidade		Quantidade					Estimativa de custo
	Semanal	Fds	Diária	Semanal	Quinquenal	Mensal	1 x	2 x	3 x	Outra	
Cuidados de higiene											
Cuidados pessoais											
Cuidados de imagem											
Fornecimento de alimentação											---
Apoio na alimentação											
Cuidados médicos											
Cuidados de enfermagem											
Cuidados de reabilitação											
Assistência medicamentosa											
Apoio social											
Apoio psicológico ao cliente											
Apoio psicológico à família											
Formação específica à família											
Higiene Habitacional											
Tratamento de roupas											
Apoio na aquisição de bens											
Acompanhamento ao exterior											
Atividades socioculturais											
Atividades desportivas											
Atividades Quotidianas											
Outro											
Observações ou outras especificações											

5.OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

6.VALOR DA PARTICIPAÇÃO FAMILIAR/MENSALIDADE

. . €

ASSINATURAS

Cliente		Data:			
Representante do Cliente:		Data:			
Estabelecimento:		Data:			



_ RESERVADO AOS SERVIÇOS _

Parecer:

Data: ____ / ____ / ____

A Técnica:

/Elisabete Navarro/

Despacho da Direção:

Data: ____ / ____ / ____

A Presidente da Direção:

/Maria Celeste Vidinha de Sousa/

_ RESERVADO AOS SERVIÇOS _

Admitido em ____ / ____ / ____

Saiu em ____ / ____ / ____

Motivo de Cessação:

Barrancos, ____ / ____ / ____

A Técnica:

/Elisabete Navarro/