



FICHA DE INSCRIÇÃO

Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário

Data de Inscrição: ___ / ___ / _____

Data de Entrada: ___ / ___ / _____ (a preencher pelos serviços)

N.º de Entrada: _____ (a preencher pelos serviços)

Marcação de Entrevista:

___ / ___ / _____

às ___ h ___

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo: _____

Sexo: Feminino Masculino

Idade atual: _____ anos

Data de nascimento: ___ / ___ / _____ Data de celebração do aniversário: ___ / ___ / -----

Morada: _____

Código postal: _____ - _____

Localidade: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

2. MOTIVO DO PEDIDO E SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS

Temporário

Permanente

Fundamentação:

3. SERVIÇOS A CONTRATUALIZAR

CENTRO DE DIA	
Alimentação (pequeno-almoço, almoço e lanche) Atividades Ocupacionais	
Sopa para jantar	
Jantar (refeição completa)	
Refeições ao fim de semana Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/>	
Higiene Pessoal	
Tratamento de Roupas	
Transporte Casa - Centro de Dia <input type="checkbox"/> Centro de Dia - Casa <input type="checkbox"/>	

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	
Alimentação Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/>	
Higiene Pessoal Diária <input type="checkbox"/> Bidiária <input type="checkbox"/>	
Higiene Habitacional	
Tratamento de Roupas	
Atividades Lúdicas e Recreativas	
Cedência de Ajudas Técnicas	
Diligências	



3. DADOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CANDIDATO

Nome: _____

Relação com o utente/cliente: _____

Telefone/telemóvel: _____

E-mail: _____

Nome: _____

Relação com o utente/cliente: _____

Telefone/telemóvel: _____

E-mail: _____

Tem (ou teve) alguém próximo a usufruir de serviços do CSPPN?

Sim

Não

Quem? _____

Que resposta social? _____

4. REDE DE SUPORTE

Agregado familiar:

Vive sozinho Vive acompanhado por: _____

O candidato foi encaminhado por outra organização?

Sim Qual? _____

Não

Qual o atual suporte assegurado ao candidato?

Diário e permanente

Diário e pontual

Pontual

Inexistente



5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) DIFICULDADE(S) DO CANDIDATO

	Sim	Não	
Tem dificuldades que podem ser incapacitantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Em caso afirmativo:			
Tipo de dificuldades(s)			
Verificam-se dificuldades a nível físico (ex.: auditivas, mobilidade, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Verificam-se dificuldades a nível mental (ex.: suspeitas de demência, depressão)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Implicações da(s) dificuldades(s)			
O utente/cliente necessita de produtos/tecnologias de apoio (ex.: aparelho auditivo, andarilho, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

6. VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS

Assinalar documentos que foram apresentados e transcrever a informação estritamente necessária:

		Número
Cartão do Cidadão ou Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	_____
Cartão de Identificação Fiscal	<input type="radio"/>	_____
Cartão de Beneficiário da Segurança Social	<input type="radio"/>	_____
Cartão do Sistema de Saúde	<input type="radio"/>	_____
Documento de identificação da pessoa significativa	<input type="radio"/>	_____
Comprovativos de rendimentos	<input type="radio"/>	
Comprovativos de despesas com habitação (renda ou prestação ao banco)	<input type="radio"/>	
Comprovativos de despesas com medicação para doença crónica	<input type="radio"/>	

7. TRATAMENTO DE DADOS

Declaro que tomei conhecimento e consinto que o Centro Social Paroquial de Pinhal Novo trate as informações e dados pessoais por mim fornecidos, em ficheiros de dados pessoais, informatizados ou manuais, em vigor na instituição, com a finalidade de definição da intervenção/apoio social ajustado à situação, com garantias de privacidade e não discriminação e que os possa comunicar a outras entidades nomeadamente àquelas a que tem obrigação legal e em situações de emergência/risco.

Tomo conhecimento de que será assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais fornecidos, podendo aceder e retificar os mesmos sempre que tal se justifique, nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

ASSINATURAS

Candidato / Pessoa Significativa: _____ Data: ___ / ___ / _____

CSPPN: _____ Data: ___ / ___ / _____

Procedimentos:

O candidato e/ou pessoa significativa deverá completar a Ficha de Inscrição obtendo, se necessário, apoio da parte de um colaborador da secretaria, que deverá certificar-se do adequado preenchimento da mesma. Deverão ser verificados os documentos (retirando-se apenas a informação estritamente necessária) e marcada entrevista com a técnica responsável. O número de entrada será atribuído pelos serviços administrativos quando o candidato começar a usufruir dos serviços, passando a utente/cliente.