



## Ficha de Inscrição

### Centro de Dia/Centro de Convívio/ SAD

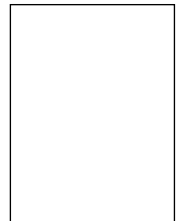
Nº do processo: _____	Data de inscrição: ___/___/___
Data de Admissão: ___/___/___	Data de saída: ___/___/___
Resposta Social: _____	Motivo de saída: _____

#### A preencher pelos serviços:

Nº de Inscrição Provisório: \_\_\_\_\_ NºPI: \_\_\_\_\_

Ponto de situação da Inscrição:

- Admitido
- Não Admitido, mas interessado em ingressar (lista de espera)
- Não Admitido e anulada a inscrição pela família
- Não Admitido e anulada a inscrição por não respeitar requisitos



Nome Utente: \_\_\_\_\_



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data de Comemoração: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código-Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Telemóvel : \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Telefone Casa: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

CC nº : \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Sistema de Saúde:  ADSE  Seg. Saúde Privado  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

SNS (nº de beneficiário): \_\_\_\_\_

Médico de Família: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

**Dados de identificação do candidato:**

**Identificação da situação social**



### Dados de identificação do responsável pelo candidato

Nome: _____
Grau de parentesco/Relação: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
E-mail: _____
Morada: _____ _____
Naturalidade: _____ Telemóvel: _____
Local de Trabalho: _____ Contato: _____
CC nº _____ NIF: _____ NISS: _____
SNS (nº de beneficiário): _____

### Situação Familiar

Tem filhos? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quantos? _____
--



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____

**Pessoas que compõe o agregado familiar:**

**História Médica:**

Recorre com frequência ao serviço de saúde: Sim  Não

Com que frequência recorre ao serviço de saúde? \_\_\_\_\_

Patologias

Diagnosticadas: \_\_\_\_\_

Operações \_\_\_\_\_

Tratamentos \_\_\_\_\_



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

### Grau de Dependência:

**Autónomo:**

Vestir-se     Tomar Banho     Alimentação     Medicação     Movimentação

**Semi- dependente:**

Vestir-se     Tomar Banho     Alimentação     Medicação     Movimentação

**Dependente:**

Vestir-se     Tomar Banho     Alimentação     Medicação     Movimentação

**Movimentação:**

Autónomo     Andarilho     Cadeira de Rodas     Bengala

**Micção/esfínteres:**

WC     Fralda     Algália     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**Banho:**

Sozinho     Com Ajuda

**Alimentação:**

Normal     Dieta Tipo? \_\_\_\_\_



### Situação económica do agregado familiar:

Elementos/Nome	Tipo de Rendimento	Rendimento Mensal Líquido
1- (candidato)		
2-		
3-		
4-		
5-		
<b>Total:</b>		<b>Total:</b>

### Despesas Mensais:

Renda/amortização	
Transporte	
Saúde	
Outro. Qual?	
<b>Total:</b>	
<b>Rendimentos Disponível :</b>	

### Tempos livres:

<input type="checkbox"/> Ler	<input type="checkbox"/> Bordar	<input type="checkbox"/> Trabalhos Manuais	<input type="checkbox"/> Costurar
<input type="checkbox"/> Ouvir Ler	<input type="checkbox"/> Jogar	<input type="checkbox"/> Conversar	<input type="checkbox"/> Ouvir Música
<input type="checkbox"/> Ver TV	<input type="checkbox"/> Passear	<input type="checkbox"/> Jardinagem	<input type="checkbox"/> Outro, qual? _____
<input type="checkbox"/> Ajudar em trabalhos domésticos			

### Serviços solicitados (aplicável apenas ao SAD)



Serviços solicitados	Assinale com um X	Quando ?		Periodicidade			
		Semana	Fins de semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal
Cuidados de Higiene							
Cuidados de Imagem (Barba e Cabelo)							
Higiene Habitacional							
Apoio na Refeição							
Assistência Medicamentosa							
Consultas e Exames Médicos							
Apoio Psicossocial							
Tratamento de Roupas							
Apoio na aquisição de Bens e Serviços							
Apoio Espiritual							

**Motivo do pedido**







Nome: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

CC nº \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

**Colaborador Responsável pela chave para a Limpeza Habitacional**

.....**Campo destinados aos serviços administrativos.**.....



### **CrITÉrios de admissibilidade**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Idade do candidato		
Cuidados exigidos pelo grau de dependência		
Baixos recursos económicos		
Ausência ou indisponibilidade da família em assegurar cuidados básicos		
Risco de isolamento social		
Residência próxima do estabelecimento		
Situação de emergência social		
Adequação da resposta social às necessidades do candidato		