



Ficha de Inscrição

Centro de Dia/Centro de Convívio/ SAD

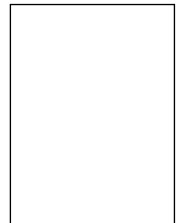
Nº do processo: _____	Data de inscrição: ___/___/___
Data de Admissão: ___/___/___	Data de saída: ___ / ___/___
Resposta Social: _____	Motivo de saída: _____

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? _____

S.N.Saúde: _____

Dados de identificação do candidato:

Identificação da situação social



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

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 _____	

Situação Familiar

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



CENTRO SOCIAL 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:

Historial Médico:

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/esfíncteres:

WC Fralda Algália Outro. Qual? _____

Banho:

Sozinho Com Ajuda

Alimentação:

Normal Dieta Tipo? _____



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

Situação económica do agregado familiar:

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

Despesas Mensais:

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

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			



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

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

--



<p>___/___/___, O candidato:</p> <hr/>	<p>___/___/___, O representante:</p> <hr/>	<p>___/___/___, O estabelecimento:</p> <hr/>
--	--	--

Situações Anómalas:

--



Nome: _____

Telemóvel: _____

Cargo: _____ Contato: _____. _____. ____

CC nº _____ NIF: _____

Colaborador Responsável pela chave para a Limpeza Habitacional



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

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

Critérios de admissibilidade

	Sim	Não
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		