



SENHOR DO BONFIM – ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

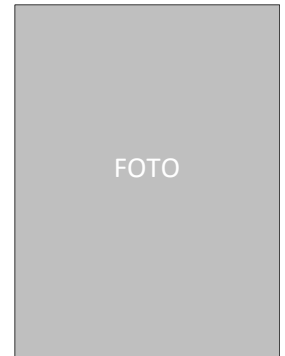
(IPSS – Utilidade Pública, D.R. nº.281, de 5/12/2003 – III Série)

NIF: 506683737

FICHA de INSCRIÇÃO - CD

(dados a preencher na candidatura)

Data de Inscrição		Nº. de entrada do Candidato	
Data de Entrada		Nº. de Utente	
Data de Saída			
Motivo da Saída			



1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo:		
Nome a ser tratado:		
Data nascimento	Idade:	
Morada:		
Freguesia:	Código Postal	
Telefone de casa:	Telemóvel	E-mail
BI / CC	NIF:	NISS:
SNS:	ACES/USF	Médico de família:
INFORMAÇÃO CLÍNICA : Em anexo		

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMAS DO UTENTE

Nome completo:			
Telefone de casa:	Telemóvel	Outro:	E-mail:
Ocupação:			

Nome completo:			
Telefone de casa:	Tlm	Outro:	E-mail:
Ocupação:			

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

Não Sim Quem?

3. BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E DO AGREGADO FAMILIAR DO UTENTE

O utente vive:	Isolado		Em agregado	

4. Situação Socioeconómica do utente * Ver participação mensal familiar

Rendimentos mensais		Despesas mensais	
Trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda/prestação da casa	€
Pensão	€	Água, luz, gás, telefone	€
Complemento dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outras	€
TOTAL	€	TOTAL	€
*RENDIMENTO PER CAPITA			€

5. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O candidato foi encaminhado por outra Organização?

Não Sim Qual?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?

Não Sim

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas? – Identifique o suporte existente

Diário e permanente Diário pontual Pontual Inexistente

6. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do candidato (assinalar com um X)

- Autónomo, não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
- Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

Deficiência:

Mental Visual Motora Auditiva

7. MOTIVO DO PEDIDO

8. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O candidato visitou as Instalações?

Sim

Não

9. VISITA DOMICILIÁRIA (marcada pela Técnica de Serviço Social)

Data da visita		Data da visita	
Data da visita		Data da visita	
Data da visita		Data da visita	

10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A ENTREGAR

Documentos:	Entregue	Doc. em falta
BI / CC (do candidato e da pessoa próxima)		
NIF (do candidato e da pessoa próxima)		
NISS (do candidato e da pessoa próxima)		
Cartão SNS (Serviço Nacional de Saúde)		
Comprovativo dos rendimentos mensais líquidos do candidato (IRS do ano anterior, comprovativo da Segurança Social e/ou de outras entidades que comprove o valor dos rendimentos mensais)		
Comprovativo do valor da renda ou prestação mensal da habitação		
Declaração da farmácia (onde conste o valor da despesa mensal em medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica)		
Declaração médica do candidato da qual conste a sua situação clínica (problemas de saúde, medicação habitual, dosagens e horários de administração)		
2 Fotografias tipo passe		

Nota: a inscrição só será aceite após entrega de toda a documentação solicitada.

11. FORAM ENTREGUES COPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS

Sim

Não

Situações anómalas :

12. Serviços Prestados

Serviços solicitados	Qual	Periodicidade	
		Diária	Semanal
Cuidados de higiene e conforto pessoal (inclui posicionamento)			
Higiene Habitacional – estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados			
Fornecimento da Refeições			
Apoio na refeição			
Tratamento de roupas			
Atividades socioculturais			
<ul style="list-style-type: none"> • Animação, lazer, cultura 			
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento ao exterior 			
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio na aquisição de bens e géneros 			
<ul style="list-style-type: none"> • Pagamentos de serviços 			
<ul style="list-style-type: none"> • Deslocação a entidades da comunidade 			
Outro serviço:			
<ul style="list-style-type: none"> • Formação dos familiares ou cuidadores e Sensibilização dos familiares ou cuidadores para a prestação de cuidados ao utente 			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pequenas modificações no domicílio 			
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de imagem 			
<ul style="list-style-type: none"> • Transporte 			
Observações:			

Assinatura do candidato/familiar/pessoa próxima _____

Assinatura da Diretora Técnica _____

Data ____/____/____