

Ficha de Inscrição/Admissão

SERVIÇO APOIO DOMICILIÁRIO

Data de Inscrição _____

Data de início de contrato _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: _____

Nome pelo qual deseja ser tratado: _____

Data de nascimento: _____

Estado Civil: _____

Morada: _____

Código postal: - _____

Telefone/ Telemóvel: _____

BI/C.C: _____

Data de Validade: _____

NIF: _____

N.º Beneficiário: _____

N.º Utente: _____

Médico Assistente: _____

Contato: _____

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada: Temporária

Permanente

Identificação da situação social: _____

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE (1)

Nome:

Data de nascimento:

Parentesco/ Relação (2):

Morada:

Código postal: -

Telefone:

Ocupação:

Nome:

Data de nascimento:

Parentesco/ Relação (2):

Morada:

Código postal: -

Telefone:

Ocupação:

(1) Pessoa(s) significativa(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.

(2) Parentesco – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro.

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim

Quem?

Que resposta social?

Não

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Qual?

Não

O cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?

Sim Não

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário Identifique qual a organização:

Centro de Dia Identifique qual a organização:

Outro Serviço Especifique qual, assim como, a organização:

5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Sim Não Especifique-as

Tipo de incapacidade(s)

Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas) (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)? Sim Não _____

Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação (p.e., andar distâncias longas; participar em atividades de grupo)? Sim Não _____

Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p.e., ajudas técnicas)? Sim Não _____

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega

B.I./C.C.	<input type="radio"/>	Data de entrega
N.º de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data de entrega
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data de entrega
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data de entrega
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data de entrega

7. Assinatura/ Início do Contrato

Data de início:

Família Data:

Organização Data:

8. Cessão de Contrato

Data:

Motivo:

Família Data:

Organização Data: