

RESPOSTA SOCIAL: CD  CC  SAD

DATA DE INSCRIÇÃO:  DATA DE ADMISSÃO:

DATA DE SAÍDA:  MOTIVO DA SAÍDA:

SERVIÇOS/APOIOS SOLICITADOS:

## 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo:

Nome a ser tratado:

Data de nascimento:  Estado Civil:  Idade:

Morada:

Código postal:  Localidade:

Telefone/Telemóvel:  E-mail:

BI/CC n.º:  N.º Contribuinte:

N.º Seg. Social:  N.º Utente

## 2. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO UTENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o utente	Meios de vida principal <sup>(1)</sup>	Rendimento mensal líquido <sup>(2)</sup>
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim		
			<input type="checkbox"/> Não		

(1) REFORMA; PENSÃO SOCIAL; PENSÃO MÍNIMA; OUTRO.

(2) APLICÁVEL A ESTABELECIMENTOS DAS REDES PÚBLICAS E SOLIDÁRIA; CAMPOS A SEREM OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDOS COM OS DADOS DO UTENTE E DOS FAMILIARES QUE COMPÕEM O SEU AGREGADO.

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

Sim

Quem?

Não

### 3. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO UTENTE

Rendimentos mensais		Despesas mensais	
Rendimento do trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda de casa	€
Pensão	€	Consumos de água, eletricidade, gás e telefone	€
Complemento por dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outros	€
<b>Total</b>	<b>€</b>	<b>Total</b>	<b>€</b>

### 4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO UTENTE<sup>(1)</sup>

Nome

Data de nascimento:

Parentesco/Relação<sup>(2)</sup>

Morada:

Código postal:

Localidade:

Telefone:

Email:

Nome

Data de nascimento:

Parentesco/Relação<sup>(2)</sup>

Morada:

Código postal:

Localidade:

Telefone:

Email:

(1) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) – RESPONSÁVEL LEGAL, FAMILIARES, VIZINHOS, AMIGOS, OUTROS

(2) PARENTESCO – CONJUGUE, FILHO(A), IRMÃO(Ã), OUTRO; RELAÇÃO – AMIGO(A), VIZINHO(A), VOLUNTÁRIO(A), OUTRO

### 5. REDE SOCIAL E SUPORTE

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

(ASSINALE COM UMA X)

Sim

Não

Identifique o suporte existente do candidato:

(ASSINALE COM UMA X)

- Diário e permanente
- Diário pontual
- Pontual
- Inexistente

O utente pretende usufruir dos serviços de:

(ASSINALE COM UMA X)

- Apoio domiciliário
- Centro de dia
- Centro de convívio
- Outro serviço

## 6. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente

(ASSINALE COM UMA 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 de vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)

Deficiência

(ASSINALE COM UMA X)

- Mental
- Visual
- Motora
- Auditiva

## 7. MOTIVO DO PEDIDO

### 8. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O utente visitou as instalações:

- Sim  
 Não

Mencione a razão da não visita às instalações:

Nova agenda de visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 9. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

- Sim  
 Não

*ASSINALE QUAIS OS DOCUMENTOS EM FALTA E A RESPECTIVA DATA DE ENTREGA*

- |   |                  |                      |
|---|------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> BI/CC                        | Data de entrega: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> NIF/NISS/SNS                 | Data de entrega: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Comprovativo dos rendimentos | Data de entrega: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas    | Data de entrega: | <input type="text"/> |

### 10. OBSERVAÇÕES

*(ASSINALE OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE O UTENTE)*

### ASSINATURAS

Utente:  Data:

Responsável pelo utente:  Data:

Instituição:  Data: