

estrutura residencial

Ficha de Inscrição

Data de inscrição _____

Nº de entrada _____

Dados a preencher pelo utente

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome Completo _____

Nome pelo qual deve ser tratado _____

Data de nascimento _____ Sexo _____ Idade _____

Morada _____

Código Postal _____ Telefone _____

BI _____ NIF _____

Nº de beneficiário _____ Regime de Segurança Social _____

Nº de utente _____ Subsistema Saúde _____

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada: Temporária

Permanente

Fundamentação:

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATO DA (S) PESSOA (A) PRÓXIMA (A) DO UTENTE

Nome _____

Data de Nascimento _____ Parentesco / Relação _____

Morada _____

Código Postal _____ Telefone _____

Ocupação _____

Nome _____

Data de Nascimento _____ Parentesco / Relação _____

Morada _____

Código Postal _____ Telefone _____

Ocupação _____

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

Sim Quem? _____

Serviço _____

Não

Dados a preencher pelos serviços

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Qual? _____

Não

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

Sim Não

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

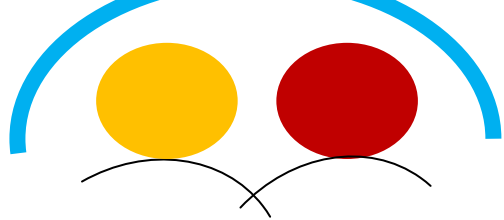
Inexistente

O cliente usufrui de serviços de/está integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário Identifique qual a instituição _____

Centro de Dia Identifique qual a instituição _____

Outro Serviço Especifique qual, assim como a instituição _____



5. CARATERIZAÇÃO DA (S) INCAPACIDADE (S)

Tipo de incapacidade (s)	Sim	Não	Especifique
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (por exemplo funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)			
Verificam-se limitações de atividades ou restrições da participação? (por exemplo andar distâncias longas; participar em atividades de grupo)			
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?			

Causa (s) da (s) Incapacidade

Congénitas

Adquiridas

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim

Não

Assinale quais os documentos em falta e respetiva data de entrega

Bilhete de identidade Data de entrega _____

Nº de Contribuinte Data de entrega _____

Cartão de beneficiário ou pensionista Data de entrega _____

Cartão do serviço nacional de saúde Data de entrega _____

Outos; especificar _____ Data de entrega _____

7. Assinaturas

Utente _____ Data _____

Familiar _____ Data _____

Instituição _____ Data _____