

Ficha de Inscrição – Parte A

Dados a preencher na Candidatura do Cliente

Resposta Social Pretendida

CENTRO DE DIA

SAD

Nº. Processo

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

Data de Saída:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome a ser Tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração:

Idade:

Morada:

Código Postal:

Telefone de Casa:

B.I. Nº:

Telemóvel:

Nº Contribuinte:

E-mail:

Beneficiário S.S. Nº:

SNS:

2. BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal ¹	Rendimento Mensal ²
			Sim	Não		
					Reforma	€
					Total	€

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Campos a preencher com dados do Cliente e familiares que compõem o agregado familiar.

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

Sim Quem?

Não

3. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos Mensais		Despesas Mensais	
Rendimento do Trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda de Casa	€
Pensão	€	Água, Eletricidade, Gás e Telefone	€
Complemento Dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outros	€
Total:	€	Total:	€

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA (S) PESSOA (S) PRÓXIMA (S) DO CLIENTE¹

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação²:

Morada:

Código Postal:

Telefone:

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação²:

Morada:

Código Postal:

Telefone

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

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

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 familiar existente no momento de inscrição
(assinale com uma x)

Tem suporte familiar Diário e Permanente

Tem suporte familiar Diário mas, pontual

Tem suporte familiar Pontual

Não possui suporte familiar

Se não se enquadra em nenhuma destas situações por favor especifique melhor a situação familiar do candidato:

O Cliente usufrui dos serviços de:
(assinale com uma x)

Apoio Domiciliário Identifique o estabelecimento:

Centro de dia

Centro de convívio Especifique qual, assim como o estabelecimento:

Outro Serviço

6. CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Possui Habitação:

Própria Cedida Arrendada Outro

Condições da Habitação:

Boas Razoáveis Sem condições

7. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente:
(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 da 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

8. MOTIVO DO PEDIDO

9. VISITAS ÀS INSTALAÇÕES

O cliente visitou as instalações

Sim

Não

Mencione o motivo da não visita às instalações:

O cliente é Sócio da Instituição? Sim Não

10.FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale os documentos entregues e a respetiva data de entrega

Bilhete de Identidade	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Cartão Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
IRS e Respetiva Nota de Liquidação Do Agregado Familiar	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Pensão	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Relatórios de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>

11.CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

Ponderação	Pontuação
1º Residência na área de intervenção do estabelecimento;	10% <input type="checkbox"/>
2º A vulnerabilidade económico-social;	10% <input type="checkbox"/>
3º Condições habitacionais degradadas;	15% <input type="checkbox"/>
4º Risco de isolamento social;	15% <input type="checkbox"/>
5º Inexistência de apoio familiar;	10% <input type="checkbox"/>
6º Condições de saúde agravadas;	20% <input type="checkbox"/>
7º Ter familiares utentes na Instituição;	5% <input type="checkbox"/>
8º Ser associado	5% <input type="checkbox"/>
9º Não sofrer de doença física que impeça o seu auto-abastecimento.	10% <input type="checkbox"/>
	Total = <input type="checkbox"/>



Instituição Particular de Solidariedade Social
www.cspadrejosecoelho.pt
geral@cspadrejosecoelho.pt

12.OBSERVAÇÕES: (assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

Empty grey rectangular area for observations.

Ficha de Inscrição – Parte B

Dados a preencher na Admissão do Cliente

1. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE

(assinale com uma x)	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho			
Cuidados de Imagem			
Vestir-se			
Ir ao WC			
Alimentação			
Apoio à mobilidade			
Continência			
Tratamento de roupas			
Acompanhamento ao exterior (fazer compras etc.)			
Aquisição de bens e serviços			
Toma de medicamentos			
Ocupação quotidiana do tempo			

2. ESTADO DE SAÚDE DO CLIENTE

(assinale com uma x)	Sim	Não
Tem dificuldades de audição?		
Tem dificuldades de visão?		
Utiliza cadeira de rodas?		
Utiliza bengala?		
Está autónomo?		
Está acamado?		
Sofre de Doença mental?		
Sofre de Doença contagiosa?		
Outras		

Diagnóstico/Problemas de Saúde:

Médico

Assistente: _____

3. DESCRIÇÃO DO ENQUADRAMENTO FAMILIAR E/OU DE SUPORTE

4.SERVIÇOS SOLICITADOS

(assinale com uma x)

Serviços Solicitados	Quando?			Periodicidade		Quantidade				
	Semanal	Fds	Diária	Semanal	Quinquenal	Mensal	1 x	2 x	3 x	Outra Qual?
Cuidados de higiene										
Cuidados de imagem										
Refeições										
Apoio na alimentação										
Cuidados de enfermagem										
Cuidados de reabilitação										
Assistência medicamentosa										
Apoio social										
Apoio psicológico ao cliente										
Apoio psicológico à família										
Formação específica à família										
Tratamento de roupas										
Apoio na aquisição de bens										
Acompanhamento ao exterior										
Atividades socioculturais										
Atividades desportivas										
Atividades Quotidianas										
Outro										



5. OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

6. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR/MENSALIDADE

€

Responsável pelo pagamento:

ASSINATURAS

Cliente	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Representante do Cliente:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Coordenadora:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>