



Data de Inscrição: _____

Entrada: _____

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE**

Nome completo: _____

Nome pelo qual deve ser tratado: _____

Estado civil _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Anos

Morada: _____

Código Postal: _____ Telefone Casa: _____

BI/ CC: _____ Telemóvel: _____

NIF: _____

Nº Beneficiário: _____ Regime Segurança Social: _____

Nº Utente: _____ Subsistema Saúde: _____

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária Permanente

Fundamentação:

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

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/
Relação¹: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/
Relação²: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

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

Sim Quem?Não Serviço?**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 actividades da vida diária?
(assinale com uma X)Sim Não ¹ Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros² Parentesco – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:
(assinale com uma X)

- diário e permanente
- diário pontual
- pontual
- inexistente

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:
(assinale com uma X)

- Serviço de Apoio Domiciliário Identifique qual a organização:
- Centro de Dia
- Outro Serviço Especifique qual, assim como a organização:

5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com x)	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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Causa(s) das incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?**Sim Não

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

Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /

7. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	/ /
Significativos	_____	Data:	/ /
Organização	_____	Data:	/ /



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Em relação a _____ nascido em , _____
filho de _____

e de _____
residente na _____

, em _____, declaro que perante a Associação de Amigos da Terceira Idade das Carreiras, assumo a responsabilidade do seguinte:

- Proceder ao pagamento da mensalidade suportada pelo utente;
- Proceder mensalmente ao pagamento de medicamentos, fraldas, consultas e exames médicos que o cliente necessitar realizar.
- Resolver a sua transferência para outro estabelecimento ou para casa de familiares se a sua presença na instituição se tornar desaconselhável, por demência, por inadaptação ou por outro motivo de ordem regulamentar.
- Fornecer as informações ou esclarecimentos que a Direção ou em quem esta delegar haja por bem solicitar.

Nome: _____

B.I./ C.C. _____ Data/ Data de Validade _____

Arquivo: _____

Parentesco _____

Telefone _____

Residência _____

Assinatura _____

Carreiras, _____