	Impressos	IMP02 IT01 PC01
Ficha de Inscrição (Serviço de Apoio Domiciliário)		

Ano: _____

Data de Inscrição: ____/____/____

Nº de Entrada: _____

Critérios de Admissão Aplicados:

- Ser residente na cidade de Setúbal, **10%**;
- Situações economicamente mais desfavorecidos, **30%**.
- Ausência ou indisponibilidade da família em assegurar os cuidados básicos, **40%**
- O utente apresentar um grau de incapacidade superior a 60%, **20%**

Critérios de desempate:

1. Data de Inscrição **40%**
2. Familiares de associados, **30%**
3. Familiares de funcionários, **30%**

Dados a preencher pelo Cliente

1. Dados de Identificação do Cliente

Nome Completo: _____

Nome pelo qual deseja ser tratado: _____

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

Morada: _____

Código postal ____ - ____ Telefone Casa: _____


Bilhete Identidade: _____ Telemóvel: _____

NIF: _____

Nº Beneficiário: _____ Regime Segurança Social: _____

Nº Utente: _____ Sub-sistema Saúde: _____

Nº Cartão de Cidadão: _____

	Impressos	IMP02 IT01 PC01
Ficha de Inscrição (Serviço de Apoio Domiciliário)		

2. Motivo do Pedido

Resposta solicitada: Temporária Permanente

Fundamentação: _____

3. Dados de Identificação e contatos da(s) pessoa(s) significativa (s) do Cliente

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 esta Instituição?

Sim Quem? _____ Que resposta social? _____

Não

	Impressos	IMP02 IT01 PC01
Ficha de Inscrição (Serviço de Apoio Domiciliário)		

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 actividades da vida diária?
(assinale com um X)

Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao cliente:
(assinale com um 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 _____ (Identifique qual a organização)

Outro Serviço _____ (Identifique qual a organização)

	Impressos	IMP02 IT01 PC01
Ficha de Inscrição (Serviço de Apoio Domiciliário)		

5. Caracterização da(s) Incapacidade(s)

(assinale com x)

	Sim	Não	Especifique-as
Tipos 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 atividade ou restrições da participação (p.e., andar distancias longas; participar em atividades de grupo)?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p.e ajudas técnicas)?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____


Causa (s) das incapacidade (s):

(assinale com x)

	Sim	Não
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

	Impressos	IMP02 IT01 PC01
Ficha de Inscrição (Serviço de Apoio Domiciliário)		

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva 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 _____ |
| Cartão de Cidadão | <input type="radio"/> | Data da entrega _____ |
| Outros a Especificar: | <input type="radio"/> | Data da entrega _____ |

7. Assinaturas

Cliente _____ Data _____

Pessoa Significativa _____ Data _____

Organização _____ Data _____