



Ficha de Inscrição - Parte A

Serviço de Apoio Domiciliário

DADOS A PREENCHER NA CANDIDATURA DO CLIENTE

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

N.º de Entrada:

N.º de Cliente:

Ponto da situação da inscrição:

1.- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome a ser tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração:

Idade:

Morada:

Cód.Postal:

Telefone Casa:

BI N.º:

Telemóvel:

Nº de Contribuinte:

Beneficiário SS n.º:

SNS:

2.- BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

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

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

(2) Aplicável a estabelecimentos das Redes Pública e Solidária; campos a serem obrigatoriamente preenchidos com os dados do cliente e dos familiares que compõem o seu agregado.

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

Sim

Não

Quem?

3. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos Mensais:		Despesas Mensais:	
Rendimento do Trabalho	. . €	Medicação	. . €
Reforma	. . €	Renda de Casa	. . €
Pensão	. . €	Consumos de água, electricidade, gás e telefone	. . €
Complemento por Dependência	. . €	Alimentação	. . €
Outros	. . €	Outros	. . €
Total:	. . €	Total:	. . €

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

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação(2):

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação(2):

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

(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), outro

5. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades 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 cliente usufrui dos serviços de:

(assinale com uma X)

Apoio Domiciliário

Centro de Dia

Centro de Convívio

Outro Serviço

Identifique qual o Estabelecimento?

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

6. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente

(assinale com uma X)

Autônomo, 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 cliente 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:

Bilhete de Identidade	Data da entrega	/	/
Nº de Contribuinte	Data da entrega	/	/
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	Data da entrega	/	/
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	Data da entrega	/	/

10. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO

(Critérios aplicáveis a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública e de acordo com o regulamento interno - Selecção e Priorização das Candidaturas)

	Ponderação:	Pontuação:
Idade do cliente		
Grau de dependência		
Fracos recursos económicos		
Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos		
Residência próxima do estabelecimento		
Situação encaminhada pelos Serviços da Segurança Social		
Risco de isolamento social		
Elementos de referência a frequentar o estabelecimento		
Outros		

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

3. OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

Empty text area for observations.

4. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DOS COLABORADORES APRESENTADOS E EXPECTATIVAS QUANTO AO RELACIONAMENTO

Empty text area for evaluation.

5. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE:

• • €

Assinaturas:	
_____ Cliente	Data: / /
_____ Representante do Cliente	Data: / /
_____ Estabelecimento	Data: / /

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

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação(2):

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação(2):

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

(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), outro

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

a) O candidato necessita de suporte?
(assinale com uma X)

Sim

Não

b) Identifique o suporte existente do candidato:
(assinale com uma X)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de:
(assinale com uma X)

Apoio domiciliário

Centro de dia

Centro de convívio

Outro serviço

Identifique qual o Estabelecimento?

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

5. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente
(assinale com uma X)

Autônomo, 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

6. MOTIVO DO PEDIDO

7. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE

(assinale com uma X)

	Autônomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de imagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir ao WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação quotidiana do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. SERVIÇOS SOLICITADOS

Serviços solicitados	Quais?	Quando?										Outra	Estimativa de Custo	
		Quando?		Periodicidade				Quantidade			qual?			
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x				
Cuidados de Higiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidados de Imagem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Refeições		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio na refeição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidados de Reabilitação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência Medicamentosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio Social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio Psicológico ao cliente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio Psicológico à família		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Formação específica à família		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tratamento de Roupas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio na aquisição de Bens e Serviços		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Acompanhamento ao Exterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades Socioculturais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades Quotidianas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades Desportivas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Outro. Qual?.....

Observações ou outras especificações

9. OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

Empty text area for observations.

10. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DOS COLABORADORES APRESENTADOS E EXPECTATIVAS QUANTO AO RELACIONAMENTO

Empty text area for evaluation.

11. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE:

• • €

Assinaturas	
Cliente	Data: / /
Representante do Cliente	Data: / /
Estabelecimento	Data: /
