

## FICHA DE INSCRIÇÃO

### Lar de Idosos

Nº : \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### 1. Dados de Identificação do Cliente

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M  F  Idade: \_\_\_\_ Anos

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

B.I /Cartão cidadão nº \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_ Cartão utente nº \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_

#### 2. Motivo do Pedido

Resposta Solicitada:

Permanente

Temporária

Fundamentação

---

---

---

---

---

### 3. Dados de Identificação do Representante do Cliente e outros Elementos Significativos

#### Representante Institucional

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;

#### Outros Elementos Significativos:

Nome	Parentesco	Morada	Contacto

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

Não

Sim  Quem? \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### 4. Rede de Suporte Social

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Não

Sim  Qual? \_\_\_\_\_

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

Não

Sim

Qual o actual suporte assegurado ao candidato?

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário

Centro de Dia  Qual a  
organização? \_\_\_\_\_

### 5. Caracterização das incapacidades

Questão	Sim	Não	Especifique
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)?			
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação?			
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?			
Causas da incapacidade:			
Congénita			
Adquirida			

### 6. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Não

Sim

Assinale quais os documentos entregues:

Bilhete de identidade/ Cartão do Cidadão

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Declaração de Rendimentos

Data de entrega: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

Data de entrega: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 7. Assinaturas

Cliente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Representante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Organização \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_