

**Mod.22.002.G - Ficha de Inscrição****Resposta Social**

Centro de Dia	<input type="checkbox"/>	SAD	<input type="checkbox"/>	N.º Soft Gold (AVD'S): _____					
Data de Inscrição	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Nº Entrada	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Nº Processo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Saída	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Motivo:	_____		

**DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE****1- Dados de Identificação do Cliente**

Nome:	<input type="text"/>								
Nome pelo qual deseja ser tratado:	<input type="text"/>								
Data Nascimento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Idade	<input type="text"/>	Anos	
Estado Civil	<input type="text"/>								
Morada:	<input type="text"/>								
Código Postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>				
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>						
Nº B.I./Cartão de Cidadão:	<input type="text"/>								
NISS	<input type="text"/>	NIF	<input type="text"/>						
Nº SNS	<input type="text"/>	Nº Sócio	<input type="text"/>						

**2- O utente tem alguém da sua relação próxima a frequentar a Instituição**

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Quem?	<input type="text"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	-------	----------------------

**3- Identificação da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente**

Nome	Parentesco/Relação	Residência	Contactos
			<input type="text"/> Email: _____
			<input type="text"/> Email: _____
			<input type="text"/> Email: _____



O tratamento informatizado dos dados recolhidos é feito no cumprimento da legislação sobre protecção de dados e os mesmos destinam-se exclusivamente à elaboração do processo individual do cliente para a prestação do serviço por parte da ASCP. É garantido ao cliente, o direito de acesso e rectificação de qualquer dado que lhe diga respeito constante na base de dados. Os dados objecto de recolha poderão ser comunicados a entidades terceiras de reconhecida idoneidade para fins de cumprimento legal por parte da ASCP.

## DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

### 4- Motivo do Pedido

Resposta Solicitada	
Temporária <input type="checkbox"/>	Motivo <input type="text"/>
Permanente <input type="checkbox"/>	

### 5- Encaminhamento da Situação

Hospital <input type="checkbox"/>	Centro Saúde <input type="checkbox"/>	Segurança Social <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Próprio <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------

### 6- Rede Social/Suporte

O utente necessita de suporte para satisfazer as suas AVD's? Sim  Não

Periodicidade do suporte actualmente existente			
Diário e permanente <input type="checkbox"/>		Pontual <input type="checkbox"/>	
Diário e Pontual <input type="checkbox"/>		Inexistente <input type="checkbox"/>	

Prestadores de Cuidados Informais					
Familiares			Outros		
Cônjuge <input type="checkbox"/>	Nora <input type="checkbox"/>	Genro <input type="checkbox"/>	Vizinhos <input type="checkbox"/>	Amigos <input type="checkbox"/>	
Filho(a) <input type="checkbox"/>	Irmão <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	Voluntários <input type="checkbox"/>		

Prestadores de Cuidados Formais			
SAD <input type="checkbox"/>	Lar <input type="checkbox"/>		
Centro Dia <input type="checkbox"/>	Outro Serviço <input type="checkbox"/>	Qual? _____	

**7- Grau de isolamento social** (existência/ausência de uma rede de interações que facilitem a integração social e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade) (Ver avaliação do relacionamento na folha de cálculo seguinte)

Contactos Sociais	Diários (1)	Regulares (1x/semana) (2)	Pontuais (1x/mês) (3)	Sem Contactos (ou 1/2 x/ano) (4)
Família				
Amigos				
Vizinhos				
Outros*				

\*Cuidadores formais, apoio 3ª pessoa, serviços

**8- Foram entregues cópias de todos os documentos?**

Sim

Não

**Quais os documentos em falta e respectiva data de entrega**

<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cartão de pensionista	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cartão de Utente do Sistema Nacional de Saúde ou de outro subsistema de saúde	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cartão de Contribuinte	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Niss do cliente	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Relatório Médico	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Declaração da farmácia com o valor mensal da medicação crónica (caso aplicável)	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Declaração rendimentos do cliente ou agregado familiar (IRS)	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Recibo de renda ou comprovativo de prestação da casa ao banco	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Comprovativo anualizado de rendimentos da Segurança Social	Data de entrega	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Comprovativo de liquidação de IRS	Data de entrega	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

**9 - Visita de avaliação do domicílio (no caso de SAD)**

Assinaturas	Data
Utente:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Representante Legal:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Instituição:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

código

3/3

**COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO**

Declara-se que recebemos a Ficha de Inscrição nº \_\_\_\_\_ do Sr.(a) \_\_\_\_\_ para o processo de candidatura à Resposta Social Centro Dia/SAD (riscar o que não interessa).

**Data da Avaliação do domicílio (no caso de SAD)**

A INSTITUIÇÃO

Data: