



## Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N. Entrada:

### DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

#### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:

Nome pelo qual deve ser tratado:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Anos

Morada:

Código Postal:

Telefone Casa:

BI:

Telemóvel:

NIF:

Nº Beneficiário:

Regime Segurança Social:

Nº Utente:

Sub-sistema Saúde:

#### 2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:

## Estrutura Residencial

Associação Social, Cultural e Recreativa de Alheira

### Ficha de Inscrição

#### 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE <sup>(1)</sup>

Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Telefone:  Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/ Relação <sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Telefone:  Ocupação:

<sup>(1)</sup> Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

<sup>(2)</sup> Parentesco – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

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

Sim

Não

Quem?

Serviço?

## Estrutura Residencial

Associação Social, Cultural e Recreativa de Alheira

### Ficha de Inscrição

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

#### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim   
Não

Qual?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?  
(assinale com uma X)

Sim  Não

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   
Centro de Dia   
Outro Serviço

Identifique qual a organização:

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"/>	

## Estrutura Residencial

Associação Social, Cultural e Recreativa de Alheira

### Ficha de Inscrição

#### 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:	____/____/____