|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de Inscrição: |  |  | N. Entrada: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE** | | | | | | | | |
| Nome completo: |  | | | | | | | |
| Nome pelo qual deve ser tratado: |  | | | | | | | |
| Data de Nascimento: |  | | Sexo: | M  F | Idade: |  | | Anos |
| Morada: |  | | | | | | | |
| Código Postal: |  | | | Telefone Casa: |  | | | |
| E-Mail: |  | | | Telemóvel: |  | | | |
| Nº do CI / BI: |  | Validade: | |  |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. MOTIVO DO PEDIDO** | | |
| Resposta solicitada: | Temporária  Permanente | Lar  Centro Dia  Apoio Domiciliário |

Fundamentação:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DAS PESSOAS PRÓXIMAS DO CLIENTE**  (responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros) | | | |
| Nome: |  | Parentesco/ Relação(2): |  |
| Morada: |  | Código Postal: |  |
| E-Mail: |  | Telefone: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | Parentesco/ Relação(2): |  |
| Morada: |  | Código Postal: |  |
| E-Mail: |  | Telefone: |  |

(1) 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? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 atividades da vida diária? | | | | | | | Sim  Não | |
| Identifique o atual suporte assegurado ao candidato: | | | | Meios atuais de apoio ao candidato: | | | | |
|  | Diário e permanente |  | |  | Serviço de Apoio Domiciliário | | |  |
|  | Diário pontual |  | |  | Centro de Dia | | |  |
|  | Pontual |  | |  | LAR: | | |  |
|  | Inexistente |  | |  | Rede de apoio familiar (filhos, cônjuges): | | |  |
|  |  |  | |  | Vizinhos: | | |  |
|  |  |  | |  | Outros: | | |  |
| **Descrição do enquadramento familiar e/ou de suporte** | | | | | | | | |

Familiares próximos, vizinhos e caracterização de outras estruturas de apoio.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Caracterização das LIMITAÇÕES** |
| Identificar eventuais limitações como por exemplo, auditivas, de expressão, de mobilidade, demência, entre outras: |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE** | | | | |
|  | Autónomo | Necessita de apoio  pontual dos serviços | Necessita de apoio permanente dos serviços |  |
| Banho |  |  |  |  |
| Cuidados de imagem |  |  |  |  |
| Vestir-se |  |  |  |  |
| Ir ao WC |  |  |  |  |
| Alimentação |  |  |  |  |
| Mobilidade |  |  |  |  |
| Transferências (entrar e sair da cama) |  |  |  |  |
| OBSERVAÇÕES: | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| **7. SERVIÇOS ESPECÍFICOS A MOBILIZAR** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **8. DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS** |

Caracterização do enquadramento social e económico, apoio familiar, estrutura de rendimentos, entre outros aspetos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Necessita de vaga comparticipada? | Sim  Não |  |
| Justifique as razões e junte à candidatura comprovativos de rendimento o agregado (em economia familiar)? | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **9. OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA:** (assinale outras informações relevantes sobre o cliente, como por exemplo condições de habitabilidade ou existência de episódios de violência; no caso de SAD, descrever condições habitacionais) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10. DOCUMENTOS A APRESENTAR** | |  |
|  | Cartão de Cidadão (CC) / Bilhete de Identidade (BI) | Para comprovar os dados do candidato  (não são retidas cópias destes documentos) |
|  | Documento comprovativo de residência  (por ex. recibo de água, luz ou telefone) |
|  | Documento comprovativo dos rendimentos  (para vagas comparticipadas) | Para arquivar com Ficha de Inscrição |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASSINATURAS** | | | |
| Cliente |  | Data: |  |
| Significativos |  | Data: |  |
| Organização |  | Data: |  |

Esta Ficha de Inscrição tem uma validade de três anos. Após este período a inscrição deverá ser revalidada pelo candidato, caso contrário o mesmo será removido da Lista de Espera.

O Lar Otília Lourenço garante toda a confidencialidade no tratamento dos dados fornecidos, os quais serão exclusivamente utilizados para o processo de candidatura a esta instituição e durante o tempo máximo de 3 anos, data a partir da qual serão eliminados (exceto nos casos de revalidação da candidatura conforme disposto em cima). O titular dos dados pessoais tem o direito de aceder, retificar, modificar ou apagar, os seus respetivos elementos, bastando para tal comunicar ao Lar o seu interesse, através dos contactos disponíveis.

(Entregar duplicado ao Cliente ou Pessoa Significativa, como comprovativo de inscrição.)