



Ficha de Inscrição

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

Nome:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco/ Relação ⁽²⁾ :	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Ocupação:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco/ Relação ⁽²⁾ :	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Ocupação:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco/ Relação ⁽²⁾ :	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Ocupação:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco/ Relação ⁽²⁾ :	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Ocupação:	<input type="text"/>

⁽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

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

<p>Sim <input type="radio"/></p> <p>Não <input type="radio"/></p>	<p>Quem?</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	---



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)

Apoio domiciliário

Lar Residencial

Emprego Protegido

Formação Profissional

Outro serviço

Identifique qual o Estabelecimento?

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

5. CARACTERIZAÇÃO DA (S) DEFICIÊNCIA (S) E INCAPACIDADE (S)

Questões (assinale com x)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de deficiência(s) e 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 associações formais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Causa(s) da(s) deficiência(s) e incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Conceitos (CIF):

Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)

Estruturas do corpo – partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.

Limitações da actividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção)

Restrição na participação – problemas que um indivíduo pode enfrentar, quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se participação como o envolvimento do indivíduo numa situação real.



Ficha de Inscrição

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Assinale quais os documentos entregues ou a entregar e a respectiva data de entrega		
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do cliente e do (s) representante (s) legal (ais)	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Nº de Contribuinte do cliente e do (s) representante (s) legal (ais)	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Cartão da Segurança Social, Pensionista ou outro do cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Boletim de vacinas	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Relatório comprovativo da situação clínica do cliente atualizada	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Cartão do Serviço Nacional de Saúde e/ou subsistema a que o cliente pertença	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Cartão de eleitor do cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Cartão do Hospital	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Livro de registo de glicémia	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Comprovativo dos rendimentos do cliente e do (s) representante (s) legal (ais)	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Declaração de IRS e respetiva nota de liquidação do cliente e do (s) representante (s) legal (ais)	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Comprovativo da situação fiscal integrada e cadastro fiscal	<input type="radio"/>	Data da entrega / /
Outros	<input type="radio"/>	Data da entrega / /

O cliente ou o representante legal usufrui de outros rendimentos? (por exemplo rendas de imóveis; remuneração de trabalhos não declarados na Declaração de IRS; prémios, subsídios ou comissões não incluídas na Declaração de IRS, entre outros):
(assinale com uma X)

Sim

Não

Se sim especifique:

O (s) representante (s) legal (ais) usufrui (em) de algum subsídio / apoio financeiro por parte de alguma Instituição, p.e. RSI ou Subsídio de Desemprego? Ou outros apoios financeiros concedidos pela Entidade Empregadora, Segurança Social, IEFP e outras entidades?
(assinale com uma X)

Sim

Não

Se sim especifique:

O CSPCSJ garante a segurança e confidencialidade dos dados recolhidos nesta ficha. A informação por si disponibilizada não será partilhada com terceiros e será utilizada apenas para os fins diretamente relacionados com a frequência do cliente no estabelecimento de ERPI. O cliente e/ ou responsável legal poderá consultar, retificar e eliminar dados cujo tratamento não cumpra o disposto na Lei da Proteção de Dados Pessoais. Os destinatários da recolha, consulta, tratamento e conservação de dados são colaboradores da CSPCSJ autorizados para o efeito. O prazo de conservação dos dados corresponde ao período requerido pelo Instituto da Segurança Social.



Ficha de Inscrição

7. ASSINATURAS E VERACIDADE DOS DADOS RECOLHIDOS

Declaro serem verdadeiras todas as informações prestadas nesta inscrição, tomei conhecimento do Regulamento Interno, comprometendo-me a cumpri-lo integralmente

Cliente	_____	Data: / /	_____
Significativos	_____		_____
Significativos	_____		_____
Significativos	_____		_____
Significativos	_____	Data: / /	_____
Instituição	_____	Data: / /	_____