



Ficha de Inscrição

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

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/ Relação(2): _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Email: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/ Relação (2): _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Email: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/ Relação (2): _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Email: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/ Relação (2): _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Email: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

(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?

Sim

Quem? _____

Não



Ficha de Inscrição

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Qual?

Não

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

Sim

Não

Identifique o actual suporte assegurado ao cliente:
(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

Identifique qual a organização:

Centro de Dia

Identifique qual a organização:

Outro Serviço

Especifique qual, assim como a organização:

5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com x)

Não

Sim

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)?

Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)?

Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)?

Causa(s) das incapacidade(s):

Congénita(s)

Adquirida(s)

Conceitos (CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde):

Incapacidade – termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação.

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

Estruturas do corpo – partes anatômicas 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).

Restrições 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 da vida 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

Se sim especifique:

Não

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

Se sim especifique:

Não

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 serviço do SAD. 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: / /