





## 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:		Email	
Telefone:		Ocupação:	
Nome:			
Data de Nascimento:		Parentesco/ Relação <sup>(2)</sup> :	
Morada:			
Código Postal:		Email	
Telefone:		Ocupação:	
Nome:			
Data de Nascimento:		Parentesco/ Relação <sup>(2)</sup> :	
Morada:			
Código Postal:		Email	
Telefone:		Ocupação:	
Nome:			
Data de Nascimento:		Parentesco/ Relação <sup>(2)</sup> :	
Morada:			
Código Postal:		Email:	
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?

<p>Sim <input type="radio"/></p> <p>Não <input type="radio"/></p>	<p>Quem?</p>
---	--------------



## Ficha de Inscrição

### DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

#### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Não

Qual?

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

Centro de Dia

Outro Serviço

Identifique qual a organização:

Identifique qual a organização:

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)?	<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 produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)?	<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"/>	_____

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

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 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:     /     /	_____