



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:

Estado civil:

NISS:

SNS:

Habilitações Literárias:

Ocupação Anterior:

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:



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: | | NIF: | |
| Telefone: | | Ocupação: | |
| Email: | | Outros: | |

| | | | |
|---------------------|--|--------------------------------------|--|
| Nome: | | | |
| Data de Nascimento: | | Parentesco/ Relação ⁽²⁾ : | |
| Morada: | | | |
| Código Postal: | | NIF: | |
| Telefone: | | Ocupação: | |
| Email: | | Outros: | |

⁽¹⁾ Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

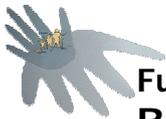
⁽²⁾ Parentesco – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

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

Sim

Não

Quem?



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"/> | |



Ficha de Inscrição

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.

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 da Segurança Social ou Pensionista | <input type="radio"/> | Data da entrega | / | / |
| Cartão do Serviço Nacional de Saúde | <input type="radio"/> | Data da entrega | / | / |
| Outros | <input type="radio"/> | Data da entrega | / | / |

7. ASSINATURAS

| | | | | |
|----------------|-------|-------|---|---|
| Cliente | _____ | Data: | / | / |
| Significativos | _____ | Data: | / | / |
| Organização | _____ | Data: | / | / |