

Resposta Social: ___ SAD ___ CD

Data de Candidatura: ___/___/___

Data de Admissão: ___/___/___

N ° Processo: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Data de Comemoração: ___/___/___

Idade: ___ Anos

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

Doc. Identif. N.º: _____

Contribuinte n.º: _____

NISS: _____

Nº Serviço Nacional Saúde: _____

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente		Meio de Vida Principal (1)	Rendimento Mensal
			Sim	Não		
Cliente						€
						€
						€
						€
						€
Total						€

Nota: (1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; Outro

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

Não ___ Sim ___ Quem? _____

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DAS PESSOAS MAIS PRÓXIMAS

Nome: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco/Relação: _____
Morada: _____	Código Postal: _____
Telemóvel: _____	Telefone: _____ (casa) _____ (trabalho)
Nome: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco/Relação: _____
Morada: _____	Código Postal: _____ Telemóvel: _____
_____	Telefone: _____ (casa) _____ (trabalho)

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas? Sim ____ Não ____

Identifique o suporte existente do candidato:

Diário/permanente ____ Diário /pontual ____ Pontual ____ Inexistente ____

O cliente usufrui de serviços de:

Apoio Domiciliário ____ Centro de Convívio ____ Centro de Dia ____ Outro ____ Qual? _____

Identifique qual o Estabelecimento? _____

5. DEPENDENCIA DO CLIENTE

Grau de Dependência:

____ Autónomo, não necessita de apoio

____ Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade

____ Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida quotidiana e na mobilidade

____ Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

Deficiência:

Mental ____ Visual ____ Motora ____ Auditiva ____

6. MOTIVO DO PEDIDO

7. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O cliente visitou as instalações?

Sim ____ Não ____ Motivo: _____

Serpins, ____ de ____ de ____

O Cliente ou Responsável

A Técnica Superior de Serviço Social

Nota:

1. Junto da ficha de inscrição anexar os seguintes documentos: cópia do documento de identificação, Contribuinte, Seg. Social e comprovativo Seg. social com valor da pensão actual.
2. Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem a autorização prévia da família.