



FICHA DE CANDIDATURA

Motivo de Saída

Data de inscrição

Data de entrada

Data de saída

PARTE A – FICHA DE INSCRIÇÃO

RESPOSTA SOCIAL – CUIDADOS E SERVIÇOS

<input type="checkbox"/> Centro de Dia	<input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário		
S <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Base* [Dieta: <input type="checkbox"/>]	<input type="checkbox"/> Ap. Psicossocial	<input type="checkbox"/> Refeições [Dieta: <input type="checkbox"/>]	<input type="checkbox"/> Higiene habitacional
<input type="checkbox"/> Higiene/Imagem	<input type="checkbox"/> Tratam. Roupa	<input type="checkbox"/> Higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Atividades animação
<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Tratamento roupa	<input type="checkbox"/> Adminis. medicação

*Serviço Base: (1) Atividades socioculturais, lúdico-recreativas, de motricidade e de estimulação, (2) Alimentação, (3) Administração de fármacos prescritos e (4) Articulação com os serviços de saúde quando necessário.

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome Nome a ser tratado

Morada

Código Postal - Localidade Data Nascimento

Naturalidade Estado Civil

Cartão Cidadão Contribuinte Benef. Segur. Social (NISS)

Telef. Telem. Nº sócio Olival Social

A faturação deverá ser efetuada com o NIF de: Cliente Pessoa responsável

2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DAS PESSOAS SIGNIFICATIVAS DO CONTRATO

Nome Data Nascimento

Morada

Código Postal - Localidade Contribuinte

Email

Parentesco Telef. Telem. Profissão

3- COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

	Nome/Parentesco
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>

4 – MOTIVO DO PEDIDO/MOTIVAÇÃO DO CANDIDATO

Resposta Solicitada: Temporária Permanente

Fundamentação:

Motivação do Candidato: É de expressa e livre vontade que pretende integrar esta resposta social: Sim Não

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim Quem?

Não Que resposta Social?

5- REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Candidato foi encaminhado por outra Organização?

Sim Qual?
Não

O Candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?

(assinale com um x)

Sim Não

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:

(assinale com um x)

Diário e permanente Diário e pontual Pontual Inexistente

O Candidato usufrui dos serviços de/está integrado em:

(assinale com um x)

Serviço de Apoio Domiciliário Identifique qual a organização?

Centro de Dia

Outros Serviços Especifique qual, assim como a organização:

Descrição do enquadramento familiar e/ou de suporte

6 – INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Centro de Saúde Nº SNS

Nome do Médico Contacto

É dependente? Não Sim, Dependente Parcial Sim, Dependente Total Sim, Acamado

Motivo

Necessidades especiais Antecedentes clínica

PARTE B – AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

1 – AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO UTENTE

	Autónomo	Necessita de apoio pontual de terceiros	Necessita de apoio total de terceiros	Observações/Especificidades
Banho Geral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Banho Parcial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidados de Imagem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vestir-se	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ir ao WC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Continência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Confeção da refeição	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingestão da refeição	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobilidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Higiene Habitacional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tratamento de roupas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Saídas ao exterior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gestão económica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Toma medicamentosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ocupação do tempo livre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 – CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

	Pond. CD	Pond. SAD	Pont.
Encontra-se em situação económico-financeiro precário			
Situação de risco, em virtude de isolamento ou perda de capacidades			
Existência de cônjuge a frequentar o estabelecimento			
Ausência e indisponibilidade da família ou outras pessoas para assegurar cuidados básicos			
Frequentar o Centro de Dia			
Residência na área de intervenção do estabelecimento			
Ser sócio ou ascendente direto de um sócio da associação com quotização em dia			

3 - MENSALIDADES

Formulário em anexo.

4 – OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA: (ASSINALE OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE O CANDIDATO)

--

5 - INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADA

Regulamento Interno

6 – APRECIÇÃO FINAL DA CANDIDATURA

Cumpe os Critérios e está dentro do limite de vagas da Resposta Social Sim Não

Cumpe critérios, mas não está dentro do limite de vagas da Instituição Sim Não

Está interessado em ingressar na lista de espera? Sim Não

Observações:

7 – VISITAS ÀS INSTALAÇÕES

Sim Não, o candidato/família assim o entendeu Não, o estabelecimento não tinha disponibilidade

8 – FORAM ENTREGUES AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Cópia de comprovativo de entregue com a habitação (recebido de renda de casa ou da prestação mensal devido a aquisição de habitação própria)	Data de entrega:	
Cópia da declaração de IRS e respetivo de liquidação	Data de entrega:	
Cópia de comprovativo de rendimentos	Data de entrega:	
Cópia de documento comprovativo das despesas de aquisição de medicamentos de uso continuado, em caso de doença crónica	Data de entrega:	
Cópia de Cartão de Contribuinte	Data de entrega:	
Cópia de Cartão de Beneficiário ou Pensionista	Data de entrega:	
Cópia do Cartão do Serviço Nacional de Saúde	Data de entrega:	
Cópia do Documento de Identificação	Data de entrega:	
Outros (Especifique: _____)	Data de entrega:	

Declaração Médica comprovativo de inexistência de doença infectocontagiosa em estado ativo, com quadro clínico e o guia terapêutica e indicação de dieta específica.

--

9 - AUTORIZAÇÕES

Candidato: Data:
Pessoa Significativa: Data:
Técnico/a Data:

Nota: A assinatura da presente ficha implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno da Instituição

Decisão Final: Integrada em lista espera
Concluída
Admito imediatamente

Assinatura: Data: