

N.º UT _____

Mensalidade: _____

Data: ___ / ___ /20___

Dados de Identificação do Utente

Nome: _____ Idade: _____ anos

Nome pelo qual deve ser tratado: _____ Sexo: M F Data de Nascimento: ___ / ___ /

Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Cartão de Cidadão: _____ Validade: ___ / ___ /20___ NIF _____

NISS: _____ C. Utente nº _____ Sub-Sistema de Saúde: _____

Morada: _____ -

Telefone Casa: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Com quem vive actualmente: _____

Motivo do Pedido

Resposta Solicitada: Temporária Permanente

Fundamentação: _____

Dados de Identificação/ Contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do Utente

Nome : _____ Data de Nascimento: ___ / ___ /

Morada: _____ -

Parentesco: _____ Telefone/Telemóvel: _____ Profissão: _____

Cartão de Cidadão: _____ Validade: ___ / ___ /20___ NIF _____

Nome : _____ Data de Nascimento: ___ / ___ /

Morada: _____ -

Parentesco: _____ Telefone/Telemóvel: _____ Profissão: _____

Cartão de Cidadão: _____ Validade: ___ / ___ /20___ NIF _____

Nome : _____ Data de Nascimento: ___ / ___ /

Morada: _____ -

Parentesco: _____ Telefone/Telemóvel: _____ Profissão: _____

Cartão de Cidadão: _____ Validade: ___ / ___ /20___ NIF _____

Serviços Solicitados

- Cuidados de Higiene, Pessoais e de Imagem 1x 2x Fornecimento de Alimentação
- Apoio na Alimentação Assistência Medicamentosa
- Higiene Habitacional (unidade do idoso) Tratamento de Roupas
- Apoio na aquisição de bens e serviços Acompanhamento ao exterior
- Actividades Socioculturais

Atenção: Se optou pelo serviço de Fornecimento de Alimentação, indique caso haja alguma restrição.

| Quando ? | | | Periodicidade ? | | | |
|----------|---------------|------------------------|-----------------|---------|-----------|--------|
| Semana | Fim-de-semana | Semana e Fim-de-semana | Diária | Semanal | Quinzenal | Mensal |
| | | | | | | |

Rede Social de Suporte

O utente foi encaminhado por outra instituição? Sim Não Se sim, qual? _____

O candidato a utente necessita de suporte para satisfazer/ desenvolver as Atividades da Vida Diária? Sim Não

Identifique a atual suporte assegurado ao utente: diário e permanente diário pontual pontual inexistente

O utente usufrui dos serviços de/ está integrado em:

SAD Centro de dia Outro serviço Especifique qual, assim como a Organização: _____

Caracterização da Incapacidade

- Verificam-se mudanças nas funções do corpo(fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo(anatómicas)? (p.e. Funções auditiva, mental; estrutura da coluna vertebral)

Sim Não Se sim, quais? _____

- Verificam-se limitações de atividades ou restrições da participação? (p.e. Andar distâncias longas; participar em atividades de grupo)

Sim Não Se sim, quais? _____

- Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?

Sim Não Se sim, quais? _____

Causa da Incapacidade: Congénita Adquirida

Avaliação Sumária da Funcionalidade do utente

| | Autónomo | Necessita de apoio pontual | Necessita de apoio permanente |
|------------------------------|----------|----------------------------|-------------------------------|
| Banho | | | |
| Cuidados de Imagem | | | |
| Vestir-se | | | |
| Ir ao WC | | | |
| Alimentação | | | |
| Mobilidade | | | |
| Tratamento de Roupas | | | |
| Acompanhamento ao exterior | | | |
| Aquisição de bens e serviços | | | |
| Toma Medicamentos | | | |

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar a instituição? Sim Não

Se sim, quem? _____ Em que resposta Social? _____

Observações:

A preencher pelos Serviços Administrativos:

Foram entregues cópias de todos os documentos necessários? Sim Não

- Comprovativo de rendimentos
- Despesas: Água Luz Gás
Medicação Fraldas Encargo com Habitação Outro _____
- Declaração Médica
- Restrições Alimentares
- Prescrição para toma de fármacos
- Boletim Vacinas
- Exames complementares Quais: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA A RECOLHA, TRATAMENTO E PROCESSAMENTO DE DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Este formulário destina-se à intenção de frequência na Instituição e será arquivado no dossier de pré-inscrições e posteriormente no processo do utente da valência Apoio Domiciliário, de acordo com os requisitos legais e regulamentares. Os dados recolhidos são de preenchimento obrigatório.

O Centro Paroquial de Bem Estar Social de Almeirim respeita o seu direito à privacidade e não recolhe qualquer informação pessoal sobre si sem o seu consentimento. Os dados pessoais aqui fornecidos serão tratados com as garantias de segurança e confidencialidade, exigidas pela Lei de Proteção de Dados e utilizados pelo Centro Paroquial de Bem Estar Social de Almeirim para a finalidade descrita. Poderá consultar a nossa Política de Privacidade em centroparoquial.almeirim.org e nos nossos serviços administrativos.

Declaro que li, aceito e autorizo que os dados recolhidos sejam utilizados pelo Centro Paroquial de Bem Estar Social de Almeirim para a finalidade acima descrita, e que a mesma não vincula qualquer compromisso entre a instituição e o candidato.

O interessado será contactado, unicamente, quando existir uma vaga para entrada, atendendo ao seu posicionamento na lista de espera.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do utente ou responsável: _____
(Assinatura conforme documento identificativo)

Registo de Entrada

Data:

O Func.º: