

N.º de Lista de Espera: _____

Data de Inscrição: ___/___/___

Data de Admissão: ___/___/___

N.º de Utente: _____

Data de Saída: ___/___/___

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Concelho: _____ Freguesia: _____

Morada: _____

Tem filhos/as? Sim ___ Não ___

Telefone: _____ Telemóvel _____

Habilitações Literárias: _____

N.º Utente: _____

N.º B.I e/ou Cartão Cidadão: _____ Data de Emissão: _____

Arquivo: _____

N.º Contribuinte: _____ N.º Beneficiário da Segurança Social: _____

2. SITUAÇÃO FAMILIAR

Pessoa significativa (resp. pela inscrição): Nome: _____ Contacto: _____

Email: _____

Pessoas que compõem o agregado familiar/ filhos/as: (preencher apenas quando o idoso/a faz parte do agregado)

Nome: _____ Idade: _____ Contacto: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Contacto: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Contacto: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Contacto: _____ Parentesco: _____

3. SITUAÇÃO CLÍNICA

Autónomo

Semi-Dependente

Dependente

Movimenta-se: Andarilho Bengala Cadeira de Roda Com ajuda de 3^{os} Sozinho

Usa: Fralda Algália Dispositivo Urinário Sonda Nasogastrica Saco Intestinal

Higiene pessoal: Sozinho Com ajuda Cama W.C

Alimenta-se sozinho: Sim Não

Alimentação: Normal Dieta mole Dieta hipo salina Dieta Líquido Dieta pastosa

Medicação: Sim Não Administração: Sim Não

4. SERVIÇOS SOLICITADOS A PREENCHER PARA CD ou SAD

| Serviços Solicitados | Quais? | Quando? | | | Periodicidade | | | Quantidade | | | |
|---------------------------------------|--------|---------|---------------|--------|---------------|-----------|--------|------------|----|----|-------|
| | | Semana | Fim-de-semana | Diária | Semanal | Quinzenal | Mensal | 1x | 2x | 3x | Outra |
| Cuidados de Higiene | | | | | | | | | | | |
| Cuidados Pessoais | | | | | | | | | | | |
| Fornecimento da Alimentação | | | | | | | | | | | |
| Apoio na Alimentação | | | | | | | | | | | |
| Cuidados de Enfermagem | | | | | | | | | | | |
| Cuidados de Reabilitação | | | | | | | | | | | |
| Assistência Medicamentosa | | | | | | | | | | | |
| Apoio Social | | | | | | | | | | | |
| Apoio Psicológico ao cliente | | | | | | | | | | | |
| Apoio psicológico à família | | | | | | | | | | | |
| Formação específica à família | | | | | | | | | | | |
| Higiene Habitacional | | | | | | | | | | | |
| Tratamento de Roupas | | | | | | | | | | | |
| Apoio na Aquisição de Bens e Serviços | | | | | | | | | | | |
| Acompanhamento ao Exterior | | | | | | | | | | | |
| Atividades Sócio culturais | | | | | | | | | | | |
| Atividades Quotidianas | | | | | | | | | | | |
| Empréstimo de ajudas técnicas | | | | | | | | | | | |
| Outro. Qual? | | | | | | | | | | | |

5. SITUAÇÃO ECONÓMICA

Rend. Utente: _____ Ag. Familiar: _____
 Rend. Per Capita: _____ Participação Mensal: _____


Habitação
 Casa própria? Alugada?
 Renda Mensal: _____

6. MOTIVO DO PEDIDO

Qual o interesse/motivo da inscrição na instituição? O Serviço será temporario ou permanente?

7. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

| Crítérios de Prioridade | Ponderação: | Pontuação: |
|--|-------------|------------|
| Ausência, indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos | 25 | |
| Frequência de outros serviços prestados pela instituição, nomeadamente SAD e Centro de Dia ou ser familiar direto de utente já em ERPI | 25 | |
| Residente ou natural da freguesia de Requião e pessoas ligadas afetivamente ao Centro Social Paroquial de Requião | 10 | |
| Risco de isolamento social e fracos recursos económicos | 10 | |
| Ser ascendente direto de funcionários, dirigentes ou voluntários da instituição | 10 | |
| Grau dependência | 5 | |
| Idade do/a Cliente | 5 | |
| Situação encaminhada pelos Serviços da Segurança Social | 5 | |
| Outras situações definidas pela Direção | 5 | |

| | | |
|---|---------------------------|---|
|  <p>CENTRO SOCIAL PAROQUIAL de REQUIÃO A vida em plenitude</p> | Candidatura | CD <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> ERPI <input type="checkbox"/> |
| | FICHA DE INSCRIÇÃO | |

OBSERVAÇÕES (se o documento for assinado por Representante, especificar a ligação ao Cliente):

DATA: _____

Utente e/ou seu Representante: _____ :

Representante da Instituição: _____

Contactos estabelecidos com o utente e/ou significativos (todos os contactos deverão ser datados e identificados os assuntos):

RGPD: O Centro Social Paroquial de Requião conservará os seus dados pelo período necessário à prestação de serviços, respetiva faturação e cumprimento das obrigações legais. Em qualquer momento terá o direito de rever os seus dados, opor-se ao respetivo tratamento, retirar o seu consentimento e exercer os demais direitos previstos na lei, salvo quando os dados são indispensáveis à prestação das relações ou ao cumprimento de obrigações legais a que o Centro Social Paroquial de Requião está sujeito. Caso retire o seu consentimento, tal não compromete a licitude do tratamento efetuado até à data.

Reafirmamos o nosso compromisso em respeitar a privacidade individual e valorizar a confiança e o interesse que nos são confiados, pelo que é nosso firme compromisso proteger os seus dados pessoais.