



Ficha de Inscrição

Candidatura do Utente para Resposta de ERPI

Nº. Processo

Data de Inscrição: Data de Admissão: Data de Saída:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome Completo:

Nome a ser Tratado:

Data de Nascimento: Data de Comemoração: Idade:

Morada:

Código Postal: Telefone de Casa:

B.I. Nº: Telemóvel:

Nº Contribuinte: E-mail:

Beneficiário S.S. Nº: Nº SNS:

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada: Temporária Permanente

Fundamentação



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

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/Relação:²

Morada:

Código Postal: Telefone:

6. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?

(assinale com uma x)

Sim Não

Identifique o suporte familiar existente no momento de inscrição

(assinale com uma x)

Tem suporte familiar Diário Permanente

Tem suporte familiar Diário pontual

Tem suporte familiar Pontual

Não possui suporte familiar

Se não se enquadra em nenhuma destas situações por favor especifique melhor a situação familiar do candidato:

O Utente usufrui dos serviços de:

(assinale com uma x)

Apoio Domiciliário Identifique o estabelecimento:

Centro de dia

Centro de convívio Especifique qual, assim como o estabelecimento:

Outro Serviço



7. CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Possui Habitação:							
Própria	<input type="checkbox"/>	Cedida	<input type="checkbox"/>	Arrendada	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Condições da Habitação:							
Boas	<input type="checkbox"/>	Razoáveis	<input type="checkbox"/>	Sem condições	<input type="checkbox"/>		

8. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente: (assinale com uma x)	
Autónomo não necessita de apoio	<input type="checkbox"/>
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>
Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida quotidiana e na mobilidade	<input type="checkbox"/>
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)	<input type="checkbox"/>

Deficiência: (assinale com uma x)	
Mental	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>
Motora	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>

9. AS INSTALAÇÕES FORAM VISITADAS PELO UTENTE?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

10. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------



Assinale os documentos apresentados e a respetiva data de entrega

Bilhete de Identidade/ C.C	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Cartão Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
IRS e Respetiva Nota de Liquidação Do Agregado Familiar	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Pensão de Portugal/Estrangeiro	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Relatórios de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data de Entrega:	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>

11. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

- 1º Insuficiência de recursos económicos;
- 2º Idoso em situação de risco;
- 3º Ausência de estrutura ou retaguarda familiar
- 4º Idoso que frequenta respostas sociais de CD ou SAD;
- 5º Naturalidade ou residência na área geográfica onde está inserida a Instituição;
- 6º Sócio da Sociedade de Defesa e Propaganda de Avô;
- 7º Idoso com cônjuge internado na mesma instituição;
- 8º Isolamento social ou geográfico;
- 9ª Desajustamento e ou conflito familiar grave;
- 10º Insuficiência/ausência de condições habitacionais.

ASSINATURAS

Utente	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Representante do Utente:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Diretora Técnica:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>