



**Ficha de Inscrição**

IMP02.IT01.PC01- APOIO DOMICILIÁRIO

**Data de Admissão:**

**N.º de Entrada:**

**N.º de Atendimento:**

**Data de Inscrição:**

**N.º de Utente:**

**N.º de Lavandaria:**



Ponto de Situação da Inscrição:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE**

**Nome Completo:**

**Nome pelo qual deseja ser tratado:**

<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Data de Comemoração:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Anos</b>
<b>Morada:</b>	<b>Profissão:</b>		
<b>Localidade:</b>	<b>Freguesia:</b>		
<b>Concelho:</b>	<b>Código Postal:</b>		
<b>BI / C. Cidadão N.º:</b>	<b>Telefone Casa:</b>		
<b>N.º de Contribuinte:</b>	<b>Telemóvel:</b>		
<b>Beneficiário SS n.º:</b>	<b>Regime Seg. Social:</b>		
<b>Sexo:</b>	<b>Estado Civil:</b>	<b>Email:</b>	
<b>SNS:</b>	<b>SubSistema Saúde:</b>		

**2. MOTIVO DO PEDIDO**

**Resposta solicitada:**    **Temporária**     **Permanente**

**Fundamentação:**

### 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO UTENTE(1)

Nome :

Data de Nascimento :

Parentesco/ Relação(2) :

Morada :

Código Postal :

Telefone :

Ocupação :

Nome :

Data de Nascimento :

Parentesco/ Relação(2) :

Morada :

Código Postal :

Telefone :

Ocupação :

(1) Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2) Parentesco - cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação - amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

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

Sim

Não

Quem?

Que resposta social?

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

### 4. REDE SOCIAL E SUPORTE

**O cliente foi encaminhado por outra Organização?**

(assinale com um X)

Sim

Não

Qual?

**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 cliente:**

(assinale com um X)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

**O utente usufrui dos serviços de:**  
(assinale com um X)

- Apoio domiciliário**  **Identifique qual a Organização?**
- Centro de dia**
- Centro de convívio**
- Outro Serviço**  **Especifique qual, assim como a Organização:**

**O Utente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:**  
(assinale com um X)

- Apoio Domiciliário**  **Identifique qual o Estabelecimento?**
- Estrutura Residencial**
- Emprego Protegido**
- Formação Profissional**
- Outro Serviço**  **Especifique qual, assim como o Estabelecimento:**

## 5. CARATERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com X e especifique)	Sim	Não	Especifique-as
<b>Tipo de Deficiência(s) e Incapacidade(s):</b>			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estruturas da coluna vertebral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Causa(s) da(s) Incapacidade(s):</b>			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Conceitos (CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde):  
Incapacidade - Termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação.  
Funções do Corpo - Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).  
Estruturas do Corpo - Partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.  
Limitações da Actividade - Dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção).  
Restrição na Participação - Problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se participação como o envolvimento do indivíduo numa situação real.

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim

Não

Assinale quais os documentos em falta e respectiva data de entrega

Bilhete de Identidade

Data Entrega

/ /

Nº de Contribuinte

Data Entrega

/ /

Cartão de Beneficiário ou Pensionista

Data Entrega

/ /

Cartão do Serviço Nacional de Saúde

Data Entrega

/ /

Cartão de Cidadão

Data Entrega

/ /

Outros. Especificar:

Data Entrega

/ /

Assinaturas

Cliente

Data

/ /

Pessoa Significativa

Data

/ /

Organização

Data

/ /