



# SENHOR DO BONFIM – ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

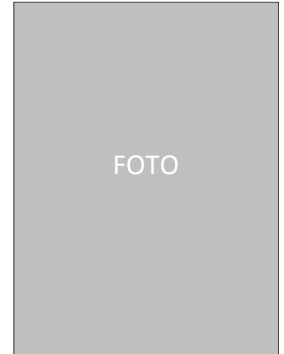
(IPSS – Utilidade Pública, D.R. nº.281, de 5/12/2003 – III Série)

NIF: 506683737

## FICHA de INSCRIÇÃO Estrutura Residencial Para Idosos

(dados a preencher na candidatura)

Data de Inscrição		Nº. de entrada do Candidato	
Data de Entrada		Nº. de Utente	
Data de Saída			
Motivo da Saída			



### 1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo:		
Nome a ser tratado:		
Data nascimento	Idade:	
Morada:		
Freguesia:	Código Postal	
Telefone de casa:	Telemóvel	E-mail
BI / CC	NIF:	NISS:
SNS:	ACES/USF	Médico de família:
INFORMAÇÃO CLÍNICA : <a href="#">Em anexo</a>		

### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMAS DO UTENTE

Nome completo:			
Nome a ser tratado:			
Data de nascimento:			
Morada:			
Freguesia:	Código Postal		
Telefone de casa:	Telemóvel	Outro:	E-mail:
Ocupação:			

Nome completo:			
Nome a ser tratado:			
Data de nascimento:			
Morada:			
Freguesia:	Código Postal		
Telefone de casa:	Tlm	Outro:	E-mail:
Ocupação:			

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

Não  Sim Quem?

### 3. BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E DO AGREGADO FAMILIAR DO UTENTE

O utente vive:	Isolado	Em agregado
----------------	---------	-------------

Nome	Idade	Parentesco	Principal meio de vida*

\* Reforma; Pensão Social; Subsídio Mensal Vitalício; Complemento Solidário para Idosos; Rendimento Social de Inserção; Outro

### 4. SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA DO UTENTE

Rendimentos mensais		Despesas mensais	
Trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda/prestação da casa	€
Pensão	€	Água, luz, gás, telefone	€
Complemento dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outras	€
<b>TOTAL</b>	<b>€</b>	<b>TOTAL</b>	<b>€</b>
<b>*RENDIMENTO PER CAPITA</b>			<b>€</b>

\* Ver participação mensal familiar

### 5. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O candidato foi encaminhado por outra Organização?

Não  Sim Quem?

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

Não  Sim

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas? – Identifique o suporte existente

Diário e permanente  Diário pontual  Pontual  Inexistente

### 6. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do candidato (assinalar com um X)

- Autónimo, não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
- Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

Deficiência:

Mental  Visual  Motora  Auditiva

#### 7. MOTIVO DO PEDIDO

--

#### 8. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O candidato visitou as Instalações? Sim  Não

Mencione a razão da não visita às Instalações

--

Novo agendamento da visita		Hora	
----------------------------	--	------	--

#### 9. VISITA DOMICILIÁRIA (marcada pela Técnica de Serviço Social)

Data da visita		Hora	
----------------	--	------	--

#### 10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A ENTREGAR

Documentos:	Entregue	Doc. em falta
BI / CC (do candidato e da pessoa próxima)		
NIF (do candidato e da pessoa próxima)		
NISS (do candidato e da pessoa próxima)		
Cartão SNS (Serviço Nacional de Saúde)		
Comprovativo dos rendimentos mensais ilíquidos do candidato (IRS do ano anterior, comprovativo da Segurança Social e/ou de outras entidades que comprove o valor dos rendimentos mensais)		
Comprovativo do valor da renda ou prestação mensal da habitação		
Declaração da farmácia (onde conste o valor da despesa mensal em medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica)		
Declaração médica do candidato da qual conste a sua situação clínica (problemas de saúde, medicação habitual, dosagens e horários de administração)		
2 Fotografias tipo passe		

**Nota: a inscrição só será aceite após entrega de toda a documentação solicitada.**

#### 11. FORAM ENTREGUES COPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS

Sim  Não

12. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

Serviços solicitados	Qual	Quando		Periodicidade				Outra Qual
		Semana	FDS	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	
Cuidados de higiene								
Cuidados de imagem								
Pequeno-almoço								
Refeições								
Apoio na refeição								
Assistência medicamentosa								
Apoio social								
Apoio psicológico ao cliente								
Apoio psicológico à família								
Formação específica								
Tratamento de roupas								
Apoio na aquisição de bens e serviços								
Acompanhamento ao exterior								
Atividades socioculturais								
Atividades quotidianas								
Atividades desportivas								
Transporte								
Outro, Qual?								

Assinatura do candidato/familiar/pessoa próxima \_\_\_\_\_

Assinatura da Diretora Técnica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_