

# FICHA DE INSCRIÇÃO/ADMISSÃO



Inscrição nº \_\_\_\_\_

Processo nº \_\_\_\_\_

Estrutura Residencial para Idosos     Centro de Dia     Serviço de Apoio Domiciliário

## 1. Dados de Identificação do Cliente

Nome completo \_\_\_\_\_

Nome a ser tratado \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone Casa \_\_\_\_\_

BI/CC nº \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

Nº Contribuinte \_\_\_\_\_ NISS \_\_\_\_\_

SNS \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

## 2. Situação Económica do Cliente

### Rendimentos Mensais:

Rendimento do trabalho	€
Reforma	€
Pensão	€
Complemento por Dependência	€
Outros	€
<b>Total</b>	<b>€</b>

### Despesas Mensais:

Medicação	€
c/ doença crónica	€
Renda de Casa	€
Transporte	€
Outros	€
<b>Total</b>	<b>€</b>

### Cumprimento da Portaria n. 218-D/2019 de 15 de julho

Rendimento per capita=  $\frac{\text{R. Mensal ilíquido do Agregado Familiar}}{12} - \text{Despesas fixas}$

Número de elementos do agregado familiar

\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Percentagem sobre o rendimento per capita:

ERPI até 75%  (90% em situação de complemento de dependência) + Protocolo de Cooperação

Centro de Dia até 60%

Serviço de Apoio de Domiciliário até 75%

Serviços Contratados: Alimentação  Tratamento de Roupa  Higiene Habitacional   
Higiene Pessoal  Outros

### Observações:

# FICHA DE INSCRIÇÃO/ADMISSÃO



## 3 . Breve Caracterização Familiar do Cliente

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de Vida Principal <sup>(1)</sup>	Rendimento Mensal
			Sim	Não		
						€
						€
						€
<sup>(1)</sup> Reforma, Pensão Social, Pensão Mínima; Outro					<b>Total</b>	€

## 4 . Dados de Identificação e Contactos da(s) Pessoa(s) Próxima(s) do Cliente

Nome completo (Responsável) \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

# FICHA DE INSCRIÇÃO/ADMISSÃO



## 5. Dependência do Cliente

### Grau de dependência global do cliente

---

- Autónomo, 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

Médico Assistente \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_

## 6. Motivo do Pedido

---

## 7. Visita às Instalações

O cliente fez visita às instalações

Sim  Não  Porquê? \_\_\_\_\_

## 8. Foram entregues os seguintes elementos?

Bilhete de Identidade/CC  \_\_\_\_\_

Nº Contribuinte  \_\_\_\_\_

Cartão de Beneficiário ou Pensionista  \_\_\_\_\_

Cartão de Serviço Nacional de Saúde  \_\_\_\_\_

Comprovativo de rendimentos  \_\_\_\_\_

Relatório médico

## FICHA DE INSCRIÇÃO/ADMISSÃO



### 9 . Critérios de Seleção

	Percentagem de Ponderação	Pontuação
É natural do concelho do Sabugal	5%	
É doente crónico, ou tem grave carência social e familiar	10%	
Está em situação de isolamento social	30%	
Tem recursos económicos e/ou de condições habitacionais precárias	35%	
Tem o cônjuge internado nesta instituição	10%	
Cliente SAD/Centro de Dia	10%	
Total	100%	

### 10 . Outras Observações sobre o cliente

Ponto de situação da admissão:

Lista de Espera

Admitido

Comunicado a \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Entrada a \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Não Admitido

Comunicado a \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Comunicação de admissão/não admissão/lista de espera realizada por \_\_\_\_\_

Aldeia de Santo António, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

Data de Saída: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Nota: Os dados recolhidos destinam-se somente para tratamento interno, não sendo divulgados a terceiros, com exceção da Segurança Social.



**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos efeitos, que me foi entregue toda a documentação necessária:

- Regulamento da Resposta Social;
- Contrato de prestação de serviços;
- Outros: \_\_\_\_\_

Data:

Assinatura(s)

---