

FICHA DE CANDIDATURA

A preencher pelos serviços

Data de Admissão: _____	Data de Inscrição: _____
N.º de entrada: _____	N.º de Cliente: _____
Data Saída: _____	Motivo: _____
Ponto da Situação da Inscrição: _____ _____	

1. Resposta Social solicitada

Centro de Dia <input type="checkbox"/>
Serviço de Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/>
ERPI <input type="checkbox"/>

2. Dados de Identificação do Cliente

Nome Completo: _____		
Nome a ser tratado: _____		
Data de Nascimento: _____	Data Comemoração: _____	Idade: _____ Anos
Morada: _____		
Código Postal: _____		
Telefone de Casa: _____	Telemóvel: _____	
BI N.º: _____	N.º de Contribuinte: _____	
Cartão de Cidadão N.º: _____	Validade: _____	
Beneficiário SS n.º: _____	SNS: _____	

3. Motivo do pedido

--

4. Dados de identificação e contactos da(s) pessoa(s) de referência do Cliente

Nome: _____	
Data de Nascimento: _____	Parentesco/Relação: _____
Morada: _____	
Código Postal: _____	
Telefone: _____	Ocupação: _____
Cartão de Cidadão: _____	Validade: _____
Contribuinte: _____	Beneficiário SS N.º: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ **Parentesco/Relação:** _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ **Ocupação:** _____

Cartão de Cidadão: _____ **Validade:** _____

Contribuinte: _____ **Beneficiário SS Nº:** _____

5. Breve Caracterização Individual e Familiar

5.1. Qual é o seu estado civil

Solteiro (a) Casado (a) Viúvo (a) Separado (a) União de Facto

5.2. O cliente vive com:

Ninguém	Cônjuge	Filho (a)	Netos (as)	Pais
Irmãos	Outros familiares	Amigo (a)	Empregada	Outros:

5.3. Composição Agregado Familiar

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente		Meio Principal de Vida (1)	Rendimento Mensal	Contato
			Sim	Não			
Cliente						€	
						€	
						€	
						€	
						€	

(1) Reforma; Pensão social; Pensão de sobrevivência; Pensão de Invalidez; Profissão; outros

6. Rede Social e Suporte

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

Sim Não

6.2. Identifique o suporte existente do candidato:

Nome da pessoa que o apoia:

Parentesco com o cliente:

6.2.1. Frequência do suporte:

Diário e permanente	Pontual
Diário pontual	Inexistente

6.3. O Cliente usufrui de algum dos serviços da instituição: (Assinale com uma X)

Apoio Domiciliário	ERPI
Centro de Dia	Outro, qual?

6.4. Com que frequência fala ao telefone, seja com familiares, amigos ou outros: (Assinale com uma X)

Uma ou mais vezes por dia	Algumas vezes por mês
Algumas vezes semana	Esporadicamente
Só ao fim de semana	Nenhuma vez

6.5. Com que frequência visita ou é visitado ou sai com familiares, amigos ou outros: (Assinale com uma X)

Uma ou mais vezes por dia	Algumas vezes por mês
Algumas vezes semana	Esporadicamente
Só ao fim de semana	Nenhuma vez

6.6. Existe alguém que lhe prestaria apoio se estivesse doente ou ficasse gravemente incapacitado:

(Assinale com uma X)

Sim	Não
6.6.1. Esse alguém cuidaria de si durante quanto tempo (fazer comida, acompanhá-lo ao médico)?	
Todo o tempo necessário	Uma ou duas vezes por semana
De vez enquanto de forma ocasional	Durante um período de tempo _____
Uma a duas vezes por dia	

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

Sim Quem? _____ Não

7. Situação Económica do Cliente

Rendimentos Mensais		Despesas Mensais	
Rendimento do Trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda de casa	€
Pensão	€	Consumos de água, electricidade, gás e telefone	€
Complemento por dependência	€	Alimentação	€
Outros (Depósitos, Cert. Aforro, Obrigações, Rendas, etc.)	€	Outros (Contribuições, impostos, etc.)	€
Total	€	Total	€

8. Contexto habitacional

Regime habitacional	Condições habitacionais			
Casa própria	Água Canalizada	Maq. Lavar roupa	Casa de banho:	Bom estado
Casa arrendada	Luz	Maq. Lavar loiça	Completa	Razoável
Casa cedida	Rede de Esgoto	Micro-ondas	Dentro da habitação	Degradada
Casa partilhada	Gás	Rádio	Fora da habitação	
Inserida no aglomerado	Aquecimento	TV		Barreiras Arquitectónicas:
Isolada	Fogão	Vídeo/DVD		Interiores
Outra situação	Frigorífico	Telefone/telemóvel		Exteriores
	Esquentador			

9. Avaliação sumária da área funcional do Cliente (assinale com um X)

Serviços	Incapaz de realizar tarefa (Dependente total)	Requer ajuda substancial (requer assistência constante)	Requer moderada ajuda (requer assistência em alguns aspetos)	Requer mínima ajuda (Requer assistência por segurança)	Totalmente independente (Capaz de realizar sozinho (a))
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Uso da casa de banho	0	2	5	8	10
Subir as escadas	0	2	5	8	10
Vestir-se	0	2	5	8	10
Bexiga (controlo da urina)	0	2	5	8	10
Intestinos (controlo de fezes)	0	2	5	8	10
Transferências	0	3	8	12	15
Mobilidade/ Marcha ou	0	3	8	12	15
Deambulação com cadeira rodas	0	1	3	4	5

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

100 Pontos – Independente

96 a 76 pontos – dependência Leve

75 a 51 pontos – dependência moderada

50 a 26 pontos – dependência severa

25 e menos pontos – dependência total

10. Serviços Solicitados (tabela aplicada aos Clientes de Centro de Dia e Apoio Domiciliário) (assinale com um X)

Serviços solicitados	Quais	Quando?		Periodicidade				Quantidade			
		Semana	Fins de Semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
Cuidados de Higiene											
Cuidados de Imagem											
Higiene à habitação											
Refeições											
Apoio na refeição											
Reabilitação											
Assistência Medicamentosa											
Apoio Social											
Apoio Psicológico											
Tratamento de roupas											
Apoio na aquisição de bens e serviços											
Acompanhamento Exterior (compras, consultas)											
Transporte											
Atividades Socioculturais											
Atividades quotidianas											
Outro, Qual?											

Observações

11. Visita às Instalações

O Cliente visitou as instalações: Sim Não

Mencione a razão da não visita às instalações: _____ Nova Data de visita: __/__/__

12. O que espera da Instituição/ Serviços?

13. Critérios de admissibilidade

A organização ajusta-se às necessidades e expetativas do cliente? *(Assinale com um X)*

Sim

Não Porquê? _____

A organização pode dar resposta, internamente, ao pedido do cliente? *(Assinale com um X)*

Sim

Não Reencaminhamento para outra organização ou prestação de informação adicional (quando aplicável).

14. Critérios

	Pontuação
1. Idosos com fracos recursos económicos; (0 a 4 pontos)	
2. Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos; (0 a 4 pontos)	
3. Grau de dependência; (0 a 4 pontos)	
4. Risco de isolamento social; (0 a 4 pontos)	
5. Residência na área geográfica de intervenção da instituição; (0 a 3 pontos)	
6. Frequência da instituição noutra resposta social; (0 a 3 pontos)	
7. Antiguidade de inscrição na resposta pretendida; (0 a 4 pontos)	
8. Condições de habitação que impossibilitam a permanência no domicílio, mesmo com o apoio domiciliário; (0 a 4 pontos)	
9. Outros aspetos relevantes. (0 a 3 pontos)	

Admissível? *(Assinale com um X)*

Sim

Não Porquê? _____

15. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários? (a preencher pelos serviços)

Sim

Não

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega:

Dados do Bilhete de identidade/ Cartão de Cidadão	<input type="checkbox"/>	Data da entrega ____/____/____
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	Data da entrega ____/____/____
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	Data da entrega ____/____/____
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data da entrega ____/____/____
Declaração de Rendimentos	<input type="checkbox"/>	Data da entrega ____/____/____
Declaração Médica	<input type="checkbox"/>	Data da entrega ____/____/____

Importante: Os dados contidos neste documento terão **validade de um período de 2 anos** sendo o cliente ou pessoa de referência responsável pela sua atualização, no final desse período, ou sempre que se registem alterações significativas.

Cliente	Data: ____/____/____
Pessoa de referência (quando aplicável)	Data: ____/____/____
<i>Estabelecimento</i>	Data: ____/____/____