

## FICHA DE CANDIDATURA

- LAR RESIDENCIAL
- CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS
- RESIDÊNCIA AUTÓNOMA

Data da Candidatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Candidatura Nº: \_\_\_\_

- Admitido a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pontuação: \_\_\_\_
- Selecionado sem vaga:
- Em lista de espera \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Anulada pela pessoa próxima a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Motivo: \_\_\_\_\_
- Não Selecionado

### PARTE I

#### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A A UTENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Nº BI/CC: \_\_\_\_\_ Data de Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_ Regime de Segurança Social: \_\_\_\_\_

Nº Utente: \_\_\_\_\_ Subsistema de Saúde: \_\_\_\_\_

Médico de Família: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Consulta/s de especialidade/Médico/Local: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nº BI/CC: \_\_\_\_\_ Data de Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

### 3. MOTIVO DO PEDIDO

--

### 4. CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR DO/A CANDIDATO/A A UTENTE

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento Mensal Líquido	Despesas Mensais
					Medicação: _____ Transporte: _____ Renda/Prestação de casa: _____
Total:					

### 5. ENQUADRAMENTO FAMILIAR E/OU DE SUPORTE

--

### 6. ENQUADRAMENTO SOCIAL

--

## 7. OUTRA INFORMAÇÃO DO/A CANDIDATO/A A UTENTE

7.1 Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar a instituição?

Não  Sim Grau de parentesco/relação: \_\_\_\_\_ Resposta

Social: \_\_\_\_\_

O/a candidato/a a Utente foi encaminhado por outra instituição?

Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

7.2 O/a candidato/a a utente usufrui ou usufruiu dos serviços de:

Qual/Quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Onde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. CARACTERIZAÇÃO DA(S) DEFICIÊNCIA(S) E INCAPACIDADE(S)

8.1 Tipo e causas de deficiência(s) e incapacidade(s)

Especifique: (Caracterização da deficiência, restrições na participação/atividades, utilização de apoios técnicos)

8.2 O candidato/a o/a Utente possui relatório de “Avaliação e Certificação da Situação de Deficiência”?

Não  Sim

Síntese do Relatório: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO/A CANDIDATO/A UTENTE /

### SERVIÇOS PRETENDIDOS

- Autónomo/a, não necessita de apoio
- Parcialmente autónomo/a, necessita de pequenos apoios
- Totalmente dependente

	Autonomia			Serviços Pretendidos	
	Não necessita de apoio	Necessita de apoio		Quais	Observações (Utilização de Ajudas Técnicas/Usos de Fraldas)
		Parcial	Total		
Cuidados de higiene					
Cuidados de imagem					
Vestir-se					
Ir ao W.C.					
Mobilidade					
Alimentação					
Toma medicamentosa					
Aquisição de bens e serviços					
Ocupação de tempo livre					
	Cuidados de Saúde				
	Tratamento de roupas				
	Transporte				
	Outro: _____				

Observações:

## 10. CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

LAR RESIDENCIAL / RESIDÊNCIA AUTÓNOMA

Critérios de Admissibilidade	Assinale o que se verifica	Pontuação
<b>Obrigatórios 2/2</b>		
Idade igual ou superior a 16 anos (ou temporariamente candidatos/as com idades inferiores a 16 anos cuja situação sociofamiliar o aconselhe e se tenham esgotado as possibilidades de encaminhamento para outras respostas sociais mais adequadas)		
Portador/a de deficiência		
<b>Obrigatórios 1/4</b>		
Ausência ou indisponibilidade da família em assegurar o seu acolhimento		
Risco de isolamento social		
Situação de emergência social		
Frequente estruturas de ensino, programas e formação profissional ou se encontrem abrangidas por programas ou projetos cujo local não seja compatível com o da respetiva residência		
<b>Priorização</b>		
Grau de dependência		
Grau de inserção na vida ativa ou profissional		
Residência no concelho de implementação da instituição		
Limitações na estrutura familiar		
Utente encaminhado/a pelos Serviços da Segurança Social		
Frequência de outros serviços da instituição		
Grau de adequação da resposta às necessidades e expectativas do utente		
<b>Legenda:</b> Atribuir 1 Ponto a cada critério que se verifique		
<b>Total</b>		

CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS

Critérios de Admissibilidade	Assinale o que se verifica	Pontuação
<b>Obrigatórios 2/2</b>		
Idade igual ou superior a 16 anos (ou temporariamente candidatos/as com idades inferiores a 16 anos cuja situação sociofamiliar o aconselhe e se tenham esgotado as possibilidades de encaminhamento para outras		

respostas sociais mais adequadas)		
Portador/a de deficiência		
<b>Obrigatórios 1/2</b>		
Impossibilidade temporária ou permanente para o exercício de uma atividade produtiva		
Proximidade do local de habitação/residência		
<b>Priorização</b>		
Grau de dependência		
Capacidade para o eventual exercício de atividade socialmente útil		
Limitações na estrutura familiar		
Utente encaminhado/a pelos Serviços da Segurança Social		
Frequência de outros serviços da instituição		
Grau de adequação da resposta às necessidades e expectativas do/a utente		
<b>Legenda:</b> Atribuir 1 Ponto a cada critério que se verifique		
<b>Total</b>		

## 11. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

Sim       Não      Observações: \_\_\_\_\_

## 12. ENTREGA DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À FORMALIZAÇÃO DA CANDIDATURA

Documentos	Data de entrega
Cópia do BI/CC do/a candidato/a a Utente	___/___/___
Cópia do NIF do/a candidato/a a Utente	___/___/___
Cópia do NISS do/a candidato/a a Utente	___/___/___
Cópia do Cartão de Utente do/a candidato/a a Utente ou de outro subsistema	___/___/___
Relatório de "Avaliação e Certificação da Situação de Deficiência"	___/___/___
Relatório Médico	___/___/___
Cópia do BI/CC do Significativo	___/___/___
Cópia do NIF do Significativo	___/___/___
Declaração de rendimentos do agregado familiar	___/___/___
Comprovativo de despesas fixas do agregado familiar	___/___/___

O/A responsável pela candidatura não pretende entregar o(s) documento(s) comprovativo(s) do rendimento mensal líquido e/ou das despesas do agregado familiar, necessárias para o cálculo da mensalidade, ficando obrigado ao pagamento da mensalidade máxima em vigor.

### 13. ASSINATURAS

**Os dados apresentados são verdadeiros e não omitem qualquer informação.**

**Responsável pela Candidatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Todas as informações constantes da presente Ficha de Candidatura são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem autorização prévia do titular dos dados. É garantido ao titular acesso aos seus dados e respetiva retificação, assim como segurança e confidencialidade no tratamento dos mesmos.*

**Diretor/a Técnico/a:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*A Instituição apenas assina a presente Ficha de Candidatura após a entrega de todos os documentos solicitados. Apenas nessa altura a Ficha de Candidatura é considerada válida.*

### PARTE II

### 14. ANÁLISE E SELEÇÃO DA CANDIDATURA

Parecer Técnico:

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

Diretor/a Técnico/a: \_\_\_\_\_

Parecer da Direção:

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

Presidente da Direção: \_\_\_\_\_

### 15. COMUNICAÇÃO DA DECISÃO DA CANDIDATURA

Comunicação da decisão	Decisão	Observações
Data: ____/____/____ Hora: __H__M A quem: _____	NÃO ADMITIDO	
	SELECIONADO SEM VAGA (ingressa na lista de espera: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> )	
	SELECIONADO COM VAGA a ____/____/____	

### PARTE III

#### 16. REAVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

LAR RESIDENCIAL / RESIDÊNCIA AUTÓNOMA

Data de Reavaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Critérios de Admissibilidade	Assinalar o que se verifica	Pontuação
<b>Obrigatórios 2/2</b>		
Idade igual ou superior a 16 anos (ou temporariamente candidatos/as com idades inferiores a 16 anos cuja situação sociofamiliar o aconselhe e se tenham esgotado as possibilidades de encaminhamento para outras respostas sociais mais adequadas)		
Portador/a de deficiência		
<b>Obrigatórios 1/4</b>		
Ausência ou indisponibilidade da família em assegurar o seu acolhimento		
Risco de isolamento social		
Situação de emergência social		
Frequentem estruturas de ensino, programas e formação profissional ou se encontrem abrangidas por programas ou projetos cujo local não seja compatível com o da respetiva residência		
<b>Priorização</b>		
Grau de dependência		
Grau de inserção na vida ativa ou profissional		
Residência no concelho de implementação da instituição		
Limitações na estrutura familiar		
Utente encaminhado/da pelos Serviços da Segurança Social		
Frequência de outros serviços da instituição		
Grau de adequação da resposta às necessidades e expectativas do/a utente		
<b>Legenda:</b> Atribuir 1 Ponto a cada critério que se verifique		
<b>Total</b>		

CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS

Critérios de Admissibilidade	Assinalar o que se verifica	Pontuação
<b>Obrigatórios 2/2</b>		
Idade igual ou superior a 16 anos (ou temporariamente candidatos/as com idades inferiores a 16 anos cuja situação sociofamiliar o aconselhe e se		



tenham esgotado as possibilidades de encaminhamento para outras respostas sociais mais adequadas)		
Portador/a de deficiência		
<b>Obrigatórios 1/2</b>		
Impossibilidade temporária ou permanente para o exercício de uma atividade produtiva		
Proximidade do local de habitação/residência		
<b>Priorização</b>		
Grau de dependência		
Capacidade para o eventual exercício de atividade socialmente útil		
Limitações na estrutura familiar		
Utente encaminhado/a pelos Serviços da Segurança Social		
Frequência de outros serviços da instituição		
Grau de adequação da resposta às necessidades e expectativas do/a utente		
<b>Legenda:</b> Atribuir 1 Ponto a cada critério que se verifique		
<b>Total</b>		

Ponto de Situação:

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

Diretor/a Técnico/a: \_\_\_\_\_