

FICHA DE CANDIDATURA

CENTRO DE DIA

SERVIÇO DE APOIO
DOMICILIÁRIO

SEM VAGA EM LISTA DE CANDIDATOS PONTUAÇÃO: _____

COM VAGA ADMITIDO A ___/___/___

ANULADA A ___/___/___

MOTIVO: _____

DATA DA CANDIDATURA
CANDIDATURA Nº: _____

PARTE 1- CANDIDATURA

(A preencher pelo/a candidato/a a utente e/ou significativo)

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

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

Nº BI/CC: _____ DATA DE VALIDADE: ___/___/___ NIF: _____ NISS: _____

REGIME SEGURANÇA SOCIAL: _____ Nº UTENTE: _____ SUB-SISTEMA DE SAÚDE: _____

SÓCIO: NÃO SIM Nº _____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA (se for o candidato/a utente apenas preencher nome)

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: _____ PARENTESCO/RELAÇÃO: _____

NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: _____ LOCAL: _____

OBSERVAÇÕES:

3. CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR DO/A CANDIDATO/A UTENTE

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	RENDIMENTO MENSAL ILÍQUIDO (QUANDO APLICÁVEL)
SUB-TOTAL:				
OUTROS RENDIMENTOS				
TOTAL:				

RENDIMENTO MENSAL	€
DESPESAS MENSAIS	€
OUTROS	€

CÁLCULO DA MENSALIDADE

4. ESTADO ACTUAL DO/A CANDIDATO/A

TOTALMENTE AUTÓNOMO/A
 NECESSITA DE PEQUENOS APOIOS
 TOTALMENTE DEPENDENTE

	AUTÓNOMO	NECESSITA DE APOIO PONTUAL DOS SERVIÇOS	NECESSITA DE APOIO TOTAL DOS SERVIÇOS
Banho			
Vestir-se			
Ir ao w.c.			
Alimentação			
Transferências			
Continência			
Higiene habitacional			
Tratamento de roupas			
Saídas ao exterior			
Toma medicamentosa			

5. OUTRA INFORMAÇÃO DO/A CANDIDATO/A A UTENTE

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 NECESSITA DE SUPORTE PARA SATISFAZER E/OU DESENVOLVER
ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA?

NÃO

SIM QUAL: _____

O/A CANDIDATO/A A UTENTE FOI ENCAMINHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

NÃO

SIM QUAL: _____

O/A CANDIDATO/A A UTENTE USUFRUI OU USUFRUIU DOS SERVIÇOS DE:

		INSTITUIÇÃO
E.R.I.		
CENTRO DE DIA		
SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO		
CENTRO DE CONVÍVIO		
OUTRO SERVIÇO		

IDENTIFIQUE O ACTUAL SUPORTE ASSEGURADO AO/À CANDIDATO/A A UTENTE:

DIÁRIO E PERMANENTE	
DIÁRIO PONTUAL	
PONTUAL	
INEXISTENTE	

6. SITUAÇÃO HABITACIONAL

CASA PRÓPRIA OUTRA

OBSERVAÇÕES:

6.1 ÁREA DE RESIDENCIA

ALDEIA VILA CIDADE

6.2 TIPO DE HABITAÇÃO

VIVENDA APARTAMENTO ANEXOS QUARTO BARRACA

6.3 CONTEXTO HABITACIONAL

CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO	BOA		MÁ		OBSERVAÇÕES
Luz					
Gás					
Água canalizada					
Salubridade					
Rede de esgotos					
Cozinha					
Casa de banho					
Habitação r/chão					
Habitação com escadas					
Habitação com elevador					
Acessos					

6.4 SERVIÇOS PÚBLICOS

ESCOLAS	<input type="checkbox"/>	CORREIOS	<input type="checkbox"/>	BANCO	<input type="checkbox"/>
CENTRO SAÚDE	<input type="checkbox"/>	FARMÁCIA	<input type="checkbox"/>	BOMBEIROS	<input type="checkbox"/>
POLÍCIA/GNR	<input type="checkbox"/>	SUPERMERCADO	<input type="checkbox"/>	ESTAÇÕES CP	<input type="checkbox"/>

CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE NA HABITAÇÃO:

RELATÓRIO DO DOMICILIO:

VISITA AO DOMICILIO NO DIA ___/___/___

7. MOTIVOS QUE LEVARAM À CANDIDATURA E À ESCOLHA DA INSTITUIÇÃO

8. SERVIÇOS PRETENDIDOS

CENTRO DE DIA

Cuidados e serviços pretendidos:		
Serviço base	Atividades	
	Alimentação	
	Administração de fármacos	
	Articulação com os serviços de saúde local	
Outros serviços	Cuidados de Higiene pessoal e de imagem	
	Tratamento de roupa	
	Transporte	
	Serviços complementares no domicílio/ou jantar	
	Fins-de-semana e feriados em situações excecionais	

Observações:

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Cuidados e serviços pretendidos	QUANDO		PERIODICIDADE				QUANTIDADE			
	SEMANA	FIM-DE-SEMANA	DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	1X	2X	3X	OUTRA
Cuidados de higiene e conforto										
Fornecimento de alimentação										
Apoio na alimentação										
Tratamento de roupa										
Higiene habitacional										
Acompanhamento ao exterior										
Assistência medicamentosa										
Pequenas reparações no domicílio										
Teleassistência										
Posicionamentos										
Outros										

OBSERVAÇÕES:

9. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

<input type="checkbox"/> SIM	OBSERVAÇÕES:
<input type="checkbox"/> NÃO	

10. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

FORAM ENTREGUES TODAS AS FOTOCÓPIAS DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

SIM

NÃO

BILHETE DE IDENTIDADE/CARTÃO DE CIDADÃO DATA DE ENTREGA: __/__/__

COMPROVATIVO DE MORADA DA/A CANDIDATO/A DATA DE ENTREGA: __/__/__

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR DATA DE ENTREGA: __/__/__

COMPROVATIVO DE DESPESAS FIXAS DO AGREGADO FAMILIAR DATA DE ENTREGA: __/__/__

Assumo a veracidade das declarações prestadas neste impresso e comprometo-me a comunicar todas as alterações que venham a ocorrer. Autorizo ainda o tratamento informático dos dados fornecidos para a inscrição.

CANDIDATO/A A UTENTE: _____ Data: __/__/__

SIGNIFICATIVO: _____ Data: __/__/__

DIRECTOR/A TÉCNICO/A: _____ DATA: __/__/__

PARTE 2-ANALISE DA CANDIDATURA

(A preencher pelo/a Diretor Técnico)

CENTRO DE DIA

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO/ADMISSÃO	ASSINALAR O QUE SE VERIFICA	VALOR DA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO OBTIDA
Situação de risco social para o utente		2	
Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários (quer por razões de trabalho quer, por razões de afastamento).		2	
Situação de carência económica		2	
Residir na área de abrangência da instituição		1	
Ser sócio da instituição		1	
Encaminhamento de situações de risco por entidades competentes, Segurança social		2	
TOTAL DA PONTUAÇÃO			

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	ASSINALAR O QUE SE VERIFICA	VALOR DA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO OBTIDA
Situação de risco social para o utente		2	
Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários (quer por razões de trabalho quer, por razões de afastamento).		2	
Situação de carência económica		2	
Residir na área de abrangência da instituição		1	
Ser sócio da instituição		1	
Encaminhamento de situações de risco por entidades competentes, Segurança social		2	
TOTAL DA PONTUAÇÃO			

PARECER TÉCNICO:

DATA ___/___/___

DIRECTOR/A TÉCNICA/O: _____

PARECER DA DIRECÇÃO:

DATA __/__/__

PRESIDENTE DA DIRECÇÃO: _____

PARTE 3-REAVALIAÇÃO DA CANDIDATURA

(A preencher pelo/a Diretor Técnico)

CENTRO DE DIA

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	ASSINALAR O QUE SE VERIFICA	VALOR DA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO OBTIDA
Situação de risco social para o utente		2	
Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários (quer por razões de trabalho quer, por razões de afastamento).		2	
Situação de carência económica		2	
Residir na área de abrangência da instituição		1	
Ser sócio da instituição		1	
Encaminhamento de situações de risco por entidades competentes, Segurança social		2	
TOTAL DA PONTUAÇÃO			

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	ASSINALAR O QUE SE VERIFICA	VALOR DA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO OBTIDA
Situação de risco social para o/a utente		2	
Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários (quer por razões de trabalho quer, por razões de afastamento).		2	
Situação de carência económica		2	
Residir na área de abrangência da instituição		1	
Ser sócio da instituição		1	
Encaminhamento de situações de risco por entidades competentes, Segurança social		2	
TOTAL DA PONTUAÇÃO			

Observações:

Data: ___ / ___ / ___

Diretor/a Técnica: _____