



CENTRO SOCIAL DA PARÓQUIA DE S. SALVADOR – VISEU
FICHA DE INSCRIÇÃO E DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Data da inscrição:

__/__/__

CENTRO DE DIA
APOIO DOMICILIÁRIO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: _____

Nome pelo qual é tratado: _____

Data de nascimento: __/__/__ Idade: __ Anos

Morada: _____

Código Postal : ____ - ____ Localidade: _____ Telefone _____

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão _____ de __/__/__ A.I. de _____ Telemóvel _____

NIF: _____ Nº Beneficiário (NISS) _____ Regime da Segurança Social: _____

Nº de Utente: _____ Subsistema de Saúde: _____

Em caso de urgência, contactar um dos seguintes responsáveis:

Nome: _____

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

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade _____ Telefone/Telemóvel: _____

Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/__ Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade _____ Telefone/Telemóvel: _____

Ocupação: _____

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição? Sim Não

Quem? _____ Resposta Social: _____

Indique o seu grau de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever	<input type="radio"/>	Ensino técnico profissional	<input type="radio"/>
Sabe ler e escrever	<input type="radio"/>	Licenciatura	<input type="radio"/>
Ensino básico (primário)	<input type="radio"/>	Pos graduação	<input type="radio"/>
Ensino preparatório	<input type="radio"/>	Mestrado	<input type="radio"/>
Ensino secundário – 12º ano	<input type="radio"/>	Doutoramento	<input type="radio"/>

Nacionalidade e língua

- Qual a sua nacionalidade: _____

- Há quantos anos vive em Portugal/Distrito/Concelho? _____

- Compreende bem o português (caso seja imigrante)? Sim Não Mais ou menos

- Sente dificuldades em expressar-se em português (caso seja imigrante)? Sim Não Mais ou menos

- Normalmente as pessoas compreendem-no(a) (caso seja imigrante)? Sim Não Mais ou menos

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada: Temporária Permanente

Fundamentação:

Serviços solicitados:

Serviços solicitados	Quais	Quando?		Periodicidade				Número			Outra qual ?
		Semana	Fim de semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	
Cuidados de higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cuidados pessoais e de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fornecimento de alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistência medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Higiene habitacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Transportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Actividades socioculturais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Outros. Quais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Observações ou outras especificações:

3. REDE SOCIAL DE SUPORTE

IO cliente foi encaminhado por outra Organização? SIM NÃO Se SIM, qual _____

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver as actividades da vida diária? Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:

Diário e permanente Diário pontual Pontual Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

Serviço de apoio domiciliário Identifique a organização: _____

Serviço de Centro de Dia Identifique a organização: _____

Outro serviço Especifique qual, assim como a organização: _____

4. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente dos serviços
Banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir ao WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferências (entrar e sair da cama)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene habitacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocupação do tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Problemas de saúde:

Hipertensão	<input type="radio"/>	Cardíacos	<input type="radio"/>	Sistema nervoso	<input type="radio"/>
Respiratórias	<input type="radio"/>	Demência	<input type="radio"/>	Padrões de sono	<input type="radio"/>
Urinárias	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	Depressivos	<input type="radio"/>
Aparelho locomotor	<input type="radio"/>	Intestinais	<input type="radio"/>	Auditivos	<input type="radio"/>
Limitações físicas incapacitantes	<input type="radio"/>	Infecto-contagiosas	<input type="radio"/>	Visão	<input type="radio"/>
Reumatismo	<input type="radio"/>	Neoplasias	<input type="radio"/>		
Outras:	<input type="radio"/>	Quais? _____			

6. CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E DO AGREGADO FAMILIAR DO CLIENTE

O cliente vive: Isolado Em agregado

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Principal meio de vida (1)
			Sim	Não	
Cliente					

(1) Reforma, pensão social, subsídio mensal vitalício, complemento solidário para idosos (CSI), rendimento social de inserção (RSI), outro

7. SITUAÇÃO SOCIOECONOMICA DO CLIENTE E/OU REPRESENTANTE

Rendimentos mensais			Despesas mensais		
- Rendimento do trabalho		€	- Renda/prestação da casa		€
- Reforma		€	- Transportes públicos		€
- Pensão social		€	- Medicação		€
- Complemento solidário para Idosos		€	- Alimentação		€
- Rendimento social de inserção		€	- Outros		€
- Outros		€			€
Total			Total		

8. CONTEXTO HABITACIONAL

- Há quantos anos vive no seu local de residência? _____

- Tipo de habitação: Vivenda Apartamento Parte da casa Quarto Barraca Outro

- Condições habitacionais:

Água canalizada	<input type="radio"/>	Fogão	<input type="radio"/>	Micro ondas	<input type="radio"/>
Luz	<input type="radio"/>	Frigorífico	<input type="radio"/>	Rádio	<input type="radio"/>
Rede de esgotos	<input type="radio"/>	Esquentador	<input type="radio"/>	TV	<input type="radio"/>
Gás	<input type="radio"/>	Máquina de lavar roupa	<input type="radio"/>	Vídeo/DVD	<input type="radio"/>
Aquecimento	<input type="radio"/>	Máquina de lavar louça	<input type="radio"/>	Telefone/telemovel	<input type="radio"/>

- Tem alguma animal de estimação? Sim Não Qual? _____

9. CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

A Organização ajusta-se às necessidades e expectativas do Cliente?

Sim Não Porquê: _____

A Organização pode dar reposta, internamente, ao pedido do cliente?

Sim Não Reencaminhamento: _____

Critérios de selecção (assinalar apenas o item mais pontuado)

Critérios		Pontuação	Total
<input type="radio"/>	Situação encaminhada pelos Serviços da Segurança Social	100	
<input type="radio"/>	Mudança de resposta social	90	
<input type="radio"/>	Falta ou incapacidade familiar	80	
<input type="radio"/>	Cliente em situação de risco	70	
<input type="radio"/>	Família em que o abandono e isolamento do cliente seja detectado	60	
<input type="radio"/>	Cliente viúvo ou solteiro em idade que não lhe permita realizar as tarefas domésticas e pessoais	50	

Critérios de desempate (assinalar apenas o item mais pontuado)

<input type="radio"/>	Antiguidade do cliente como sócio	40	
<input type="radio"/>	Agregado familiar com menores recursos económicos	30	
<input type="radio"/>	Data da inscrição	20	
<input type="radio"/>	Outros:	10	
		Total	

10. VISITA ÀS INSTALAÇÕES E INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA

Visita às instalações

Sim Não, a família assim o entendeu Não, o estabelecimento não tinha disponibilidade

Entrega de documentos/informação prestada:

Tipo de Informação	Informação	Documento
Regulamento interno		
Critérios de candidatura e admissão		
Regulamento das participações ou mensalidades dos clientes e seus familiares pela		
Horário de funcionamento da Organização e de todos os serviços (nomeadamente, períodos		
Ficha de inscrição		
Outra. Especificar		

11. OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA: (Assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

12. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

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

Cópia dos encargos com a habitação	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Cópia da declaração de IRS e respectivo comprovativo de liquidação	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Cópia do bilhete de identidade/cartão de cidadão	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Cópia do cartão de contribuinte	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Cópia do cartão de beneficiário ou pensionista	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Cópia do cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Declaração Médica	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Outros	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___

13. ADMISSIBILIDADE

Sim Não data ___/___/___ -

Observações:

Nota: No caso de não existir qualquer contacto por parte do cliente e/ou seu representante legal, a presente inscrição deixa de ser válida decorrido um ano.

14. ASSINATURAS

Cliente _____ data ___/___/___

Família/Representante _____ data ___/___/___

Organização: _____ data ___/___/___