

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

N.º de Entrada:

N.º de Cliente:

1. Dados de Identificação do Cliente

Nome completo:

Nome a ser tratado:

Data de Nascimento: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: Telefone casa:

BI N.º: Telemóvel:

N.º Contribuinte: Beneficiário SS n.º:

SNS:

2. Breve Caracterização Individual e Familiar do Cliente

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal (1)	Rendimento Mensal (2)
			Sim	Não		
C.						€
						€
						€
						€
Total						€

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Campo de preenchimento obrigatório.

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

Sim Não Quem?

3. Situação Económica do Cliente

Rendimentos Mensais:

Despesas Mensais:

Rendimento do trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda de Casa	€
Pensão	€	Despesas de casa	€
Complemento por Dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outros	€
Total:	€	Total:	€

4. Dados de Identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s)

Nome completo:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação:

Morada:

Código Postal: Telefone casa:

Ocupação: Telemóvel:

Nome completo:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação:

Morada:

Código Postal: Telefone casa:

Ocupação: Telemóvel:

5. Rede Social e suporte

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?

Sim Não

Identifique o suporte existente do candidato:

- Diário e permanente
- Diário pontual
- Pontual
- Inexistente

O cliente solicita os serviços de:

- Apoio domiciliário
- Centro de dia
- Internamento Lar
- Outro serviço Especifique qual

6. 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 de vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)

Deficiência

- Mental Visual Motora Auditiva

7. Motivo do pedido

8. Visita às instalações

O cliente visitou as instalações

Sim Não

Mencione a razão da não visita às instalações:

Nova agenda de visita:

9. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?

Sim Não

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

Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
N.º Contribuinte	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
Cartão de Beneficiário	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
Cartão SNS	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____

10. Critérios de selecção e priorização

	Ponderação:	Pontuação:
<input type="radio"/> Idade do cliente		
<input type="radio"/> Grau de dependência		
<input type="radio"/> Fracos recursos económicos		
<input type="radio"/> Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos		
<input type="radio"/> Residência próxima do estabelecimento		
<input type="radio"/> Situação encaminhada pelos Serviços da Segurança Social		
<input type="radio"/> Risco de isolamento social		
<input type="radio"/> Elementos de referência a frequentar o estabelecimento		
<input type="radio"/> Outros		

Assinaturas

Cliente _____ Data: _____

Representante do cliente

Data:

Estabelecimento

Data:
