

Data de Inscrição

Data de Admissão

Data Admissão Acordo

Nº de Cliente

Foto

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Inscrição Para: **Centro de Dia** **Serviço de Apoio Domiciliário**
 Temporária Permanente

Nome Completo:

Nome pelo qual deseja ser tratado:

Data de Nascimento:

Data Comemoração:

Idade:

Anos

Morada:

Código Postal:

Telefone Casa:

B.I./C.C. Nº

Telemóvel:

Nº de Contribuinte:

Beneficiário SS nº:

Subsistema de Saúde:

Nº de Utente:

Centro de Saúde:

Médico de Família:

Escolaridade:

Profissão:

2. MOTIVO DO PEDIDO (Fundamentação)

3. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente		Meio de vida principal ¹	Rendimento Mensal ²
			Sim	Não		
Cliente						€
						€
						€
						€
Total						€

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

(2) Aplicável a estabelecimentos das Redes Pública e Solidária); campos a serem obrigatoriamente preenchidos com os dados do cliente e dos familiares que compõem o seu agregado.

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Organização?

Sim Quem?
 Não

4. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimento Mensais:

Rendimento do Trabalho	€
Reforma	€
Pensão	€
Complemento p/ Dependência	€
Outros	€
Total:	€

Despesas Mensais:

Medicação	€
Renda da Casa	€
Água, electricidade, gás e telefone	€
Alimentação	€
Outros	€
Total:	€

Observações sobre as condições socioeconómicas:

5. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/Relação ⁽²⁾ _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/Relação ⁽²⁾ _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

(1) Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2) Parentesco – conjugue, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

6. REDE SOCIAL DE SUPORTE (ACTUAL)

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Não Se Sim, qual? _____

O Cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas? (assinale com uma X)

Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao cliente (rede social, ou outra): (assinale com uma X)

Diário permanente Pontual

Diário pontual Inexistente

Actualmente o cliente usufrui dos serviços de:(assinale com uma X)

Apoio domiciliário Identifique qual a Organização? _____

Centro de dia

Outro serviço Especifique qual, assim como a Organização: _____

7. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de incapacidade(s):			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas)e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas) (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação (p.e., andar distâncias longas; participarem actividades de grupo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p.e. ajudas técnicas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Causa(s) da(s) incapacidade(s):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Incapacidade – termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação.

Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

Estruturas do corpo – partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.

Limitações da actividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção).

Restrições na participação – problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se a participação como o envolvimento do indivíduo numa situação da vida real.

8. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O cliente visitou as instalações?

Sim Não Porquê?

Nova agenda de visita:

9. OBSERVAÇÕES (assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

10. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO

(Critérios aplicáveis a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública e de acordo com o regulamento interno – Selecção e Priorização das Candidaturas)

	Ponderação	Pontuação
<input type="radio"/> Idade do Cliente (indexada à idade de reforma)	_____	_____
<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 de Segurança Social	_____	_____
<input type="radio"/> Risco de isolamento social	_____	_____
<input type="radio"/> Outros	_____	_____

11. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim

Não

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

1 Fotografia tipo passe	<input type="radio"/>	Data Entrega
Bilhete de Identidade /Cartão Cidadão	<input type="radio"/>	Data Entrega
Cartão de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data Entrega
Cartão de Beneficiário da Segurança Social ou outro regime	<input type="radio"/>	Data Entrega
Cartão do Serviço Nacional de Saúde ou outro serviço	<input type="radio"/>	Data Entrega
Documento comprovativo das pensões e de outros rendimentos do seu agregado familiar	<input type="radio"/>	Data Entrega
Documento comprovativo do IRS (caso não apresente é necessária declaração das finanças)	<input type="radio"/>	Data Entrega
Documentos comprovativos das despesas com a renda da casa ou prestação mensal devida à aquisição de habitação própria, com a aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica e com encargos mensais com transportes públicos.	<input type="radio"/>	Data Entrega
Relatório Médico do estado de saúde do Utente.	<input type="radio"/>	Data Entrega

Nota: *AGREGADO FAMILIAR* – Conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, casamento, afinidade, ou outras situações assimiláveis, desde que vivam em economia comum.

PARTE B – DADOS A PREENCHER NA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

1. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

	Autónomo	Necessita de Apoio Pontual dos Serviços	Necessita de Apoio Total 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"/>
Continência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferências (entrar, sair da cama)	<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, etc.)	<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"/>

2. OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

Rua D. Maria II, nº 33 — Apartado 20 ✧ 2736-901 Cacém ✧ Pessoa Colectiva: 501 788 883

Telef.: 219 129 120 ✧ Email: geral@csbaptista.pt ✧ website: www.csbaptista.pt

Registada na Direcção de Segurança Social como Fundação de Solidariedade Social sob o nº 41/87

3. SERVIÇOS SOLICITADOS

Data	Serviços Solicitados	Quais (especificar se aplicável)	Periodicidade				Quantidade			
			Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
__/__/__	Fornecimento de Refeição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
__/__/__	Apoio na Refeição		<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"/>	
__/__/__	Apoio na Aquisição de Bens e Serviços		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
__/__/__	Acompanhamento ao Exterior (programação: CSB)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
__/__/__	Transporte		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
__/__/__	Actividade Socioculturais		<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"/>	
__/__/__	Cuidados de Higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
__/__/__	Higienização habitacional (limpeza e arrumação)		<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"/>	
__/__/__	Adaptação do espaço e Pequenas reparações Domicílio		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
__/__/__	Outro. Qual?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4. OBSERVAÇÕES (alteração de serviços / mudança de Resposta Social)

--

5. ADMISSIBILIDADE

O Centro Social Baptista ajusta-se às necessidades e expectativas do Cliente?

Sim Não Porquê?

A inscrição do Cliente é admissível?

Sim Não . Porquê?

6. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE:

	€
--	---

Assinaturas

Cliente: _____ Data: _____
Representante do Cliente: _____ Data: _____

Centro Social Baptista: _____ Data: _____

Rua D. Maria II, nº 33 — Apartado 20 ✧ 2736-901 Cacém ✧ Pessoa Colectiva: 501 788 883

Telef.: 219 129 120 ✧ Email: geral@csbaptista.pt ✧ website: www.csbaptista.pt

Registada na Direcção de Segurança Social como Fundação de Solidariedade Social sob o nº 41/87