

**Ficha de Inscrição
(Parte A – Inscrição Novos Candidatos)**

Data de entrada: __/__/____	N.º de inscrição provisório (Entrada): P-_____.
-----------------------------	---

**Ponto de
situação da
inscrição:**

<input type="checkbox"/> Admitido	⇒ N.º Processo: _____	__/__/__
<input type="checkbox"/> Não admitida mas interessada em ingressar (lista de espera)		__/__/__
<input type="checkbox"/> Não admitida e anulada a inscrição		__/__/__
<input type="checkbox"/> Não admitida e anulada a inscrição por não respeitar requisitos		__/__/__
<input type="checkbox"/> Anulada inscrição a pedido do utente/família		__/__/__

1. Dados de identificação do utente:

Dados de Identificação do candidato a utente:

Nome: _____

Nome a ser tratado: _____

Data Nascimento: __/__/____ Idade: ____ Anos

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

BI n.º: _____ N.º de contribuinte: _____ SNS: _____

Beneficiário SS n.º: _____

Tem elementos do agregado familiar a frequentar a resposta social? Sim Se sim, quem? _____
 Não

É sócio do CPS? Sim
 Não

2. Motivo do Pedido:

3. Composição do agregado familiar e situação económica:

(Identificação das pessoas que residem com o utente habitualmente)

Nome	Parentesco	Idade	Meio de vida principal ¹	Rendimento Mensal Líquido ² (Anexar comprovativo)
	Utente	-----		€
				€
				€
				€
				€
			Sub-total	€
			Outros rendimentos	€
			Total	€

1. Reforma; Pensão Social; Pensão mínima; Vencimento; Outro.

2. Incluir todos os rendimentos: vencimento; reforma; pensão, Complemento por dependência; e, outros.

Dados do agregado familiar:

Habitação

- Própria
 Arrendada

Encargos:

(Anexar comprovativos)

Renda/juros empréstimo habitação:	€
Medicamentos uso continuado:	€
Despesas transportes públicos:	€
IRS:	€
Descontos Segurança Social:	€
Total:	€

4. Dados de identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do utente³:

Nome: _____

Data Nascimento: __/__/____ Parentesco/relação⁴: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data Nascimento: __/__/____ Parentesco/relação⁴: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data Nascimento: __/__/____ Parentesco/relação⁴: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

3. Pessoas próximas: Responsável legal; familiares; vizinhos, amigos, outros.

4. Parentesco: Cônjuge; filho(a); neto(a) / Relação: amigo(a); vizinho(a); voluntário(a); outro.

5. Rede Social e Suporte:

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas: Sim Não

Se sim, identifique o suporte existente

- Diário e permanente
- Diário pontual
- Pontual
- Inexistente

O candidato usufrui dos serviços de: Apoio Domiciliário (SAD) Centro de Dia Centro de convívio Outro. Qual? _____

Identifique o estabelecimento:

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. Visita às instalações:

O utente/família Visitou as instalações: Sim Não, o utente/família assim o entendeu

8. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim Não

Se não, assinala os documentos em falta e a respectiva data de entrega

- Bilhete de identidade
- N.º contribuinte
- Cartão beneficiário ou pensionista
- Cartão do SNS
- Outros

Data da entrega: __/__/__
Data da entrega: __/__/__
Data da entrega: __/__/__
Data da entrega: __/__/__
Data da entrega: __/__/__

9. Observações complementares relevantes do utente:

Data de Inscrição: ____/____/____	Utente _____ Representante do utente (quando aplicável)	Pelo CPS _____
--------------------------------------	--	-------------------

Nota:

1. A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno do estabelecimento.
2. Junto da ficha de inscrição, colocar os seguintes documentos: Prova de rendimentos do agregado familiar (cópia de recibos de vencimentos, pensão ou reforma dos elementos do agregado familiar, declaração de IRS); cópia dos encargos com a habitação (valor da renda de casa ou encargos com empréstimos contraídos para habitação própria); despesas com a aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica (comprovativo até máximo de 500,00€ por ano; cópia do Bilhete de Identidade do utente e do representante legal quando aplicável; cópia no cartão de contribuinte fiscal do utente e representante legal quando aplicável; cópia do cartão de beneficiário da Segurança Social, pensionista ou de outro subsistema; cópia do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou de outro subsistema.
3. Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais e destinam-se a uso interno do CD, não podendo ser utilizadas sem a autorização prévia do utente ou família.

A preencher pelos serviços do CD do CPS

Síntese relativamente aos critérios de selecção e priorização:

(A preencher caso haja necessidade de priorização, de acordo com o regulamento interno e IT02 do PC01)

	Ponderação:	Pontuação:
<input type="checkbox"/> Idade do utente		
<input type="checkbox"/> Grau de dependência		
<input type="checkbox"/> Agregados de mais fracos recursos económicos		
<input type="checkbox"/> Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar cuidados básicos		
<input type="checkbox"/> Risco de isolamento social		
<input type="checkbox"/> Residência próxima do estabelecimento		
<input type="checkbox"/> Candidatos sócios da instituição		
<input type="checkbox"/> Situações de emergência social		
<input type="checkbox"/> Pessoas de referência do utente que frequentem a instituição		
<input type="checkbox"/> Candidatos encaminhados pela Segurança Social		
<input type="checkbox"/> Outros: _____		

Apreciação final da candidatura:

- Cumpre os critérios e está dentro do limite de vagas do estabelecimento.
Data da entrevista de Pré-diagnóstico: ____/____/____
- Cumpre critérios mas não está dentro do limite de vagas do estabelecimento.
Lista de espera: _____
- Não cumpre os critérios.
Encerramento do processo: _____

**Ficha de Inscrição
(Parte B – Entrevista de Pré-diagnóstico)**

Data da entrevista: __/__/____	N.º de inscrição: P-_____.
N.º de Processo Individual: _____ (A atribuir caso se verifique a admissão)	

1. Avaliação sumária da área funcional do utente:

Actividade	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de Imagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir ao WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao exterior (compras, pagamento água, luz, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação quotidiana do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Serviços solicitados:

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade?				Quantidade?			Outra. Qual?*	Estimativa custo
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzena	Mensal	1x	2x	3x		
Situação tipo	Refeição: Almoço	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Convívio/ocupação	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Cuidados de higiene	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outras, associadas ou não a SAD.	Refeição: Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Acompanhamento ao médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Assistência medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Apoio psicológico ao utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Apoio psicológico à família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Apoio social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Acompanhamento ao exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Outras refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Outro. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*Observações ou outras especificações:

3. Outras observações decorrentes da entrevista pré-diagnóstica:

--

4. Avaliação sumária dos colaboradores apresentados e expectativas quanto ao relacionamento:

--

5. Valor da participação familiar

€

Anexar Mod. CPS-CD 001 – Cálculo da participação familiar.

6. Informações finais

Decisão:

<input type="checkbox"/> Admissão
<input type="checkbox"/> Não admissão por decisão do utente/família
<input type="checkbox"/> Em condições de admissão mas, devido à priorização, tem que ficar em lista de espera

Se a inscrição foi admitida:

Admitido em: __/__/__	N.º processo individual: _____
-----------------------	--------------------------------

Autorização Fotografias:

Autorizo a realização de fotografias/filmes nas actividades a levar a cabo, para fins de exposição de trabalhos, jornal e publicação/publicitação da instituição. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Utente _____	Representante do utente (quando aplicável) _____	Pelo CPS _____
-----------------	--	-------------------

Nota:

1. A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno do estabelecimento.
2. Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais e destinam-se a uso interno do CD, não podendo ser utilizadas sem a autorização prévia do utente ou família.
3. Por forma a se poder celebrar o contrato, e dar-se início à frequência do CD, deve ser apresentado declaração médica comprovativa da situação de saúde do utente, com resumo da história clínica, indicação da tabela terapêutica (quando aplicável) e com a referência de que não é portador de doença infecto-contagiosa.

Ficha de Inscrição (Parte C – Renovação da Inscrição)

(Preencher apenas quando se verifique a alteração de elementos do utente/agregado familiar. A actualização da participação familiar, apenas, não necessita do preenchimento deste formulário)

Nome:	N.º de Processo Individual: _____
	Data da alteração/renovação: __/__/__

Ponto de situação na renovação da inscrição:

1. Motivo do Pedido:

2. Composição do agregado familiar e situação económica:

(Identificação das pessoas que residem com o utente habitualmente)

Nome	Parentesco	Idade	Meio de vida principal ¹	Rendimento Mensal Líquido ² <small>(Anexar comprovativo)</small>
	Utente	-----		€
				€
				€
				€
				€
			Sub-total	€
			Outros rendimentos	€
			Total	€

1. Reforma; Pensão Social; Pensão mínima; Vencimento; Outro.

2. Incluir todos os rendimentos: vencimento; reforma; pensão, Complemento por dependência; e, outros.

Tem elementos do agregado familiar a frequentar a resposta social? Sim Se sim, quem? _____
 Não

Dados do agregado familiar:

Habitação

- Própria
 Arrendada

Encargos:

(Anexar comprovativos)

Renda/juros empréstimo habitação:	€
Medicamentos uso continuado:	€
Despesas transportes públicos:	€
IRS:	€
Descontos Segurança Social:	€
Total:	€

3. Dados de identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do utente³:

Nome: _____

Data Nascimento: ___/___/___ Parentesco/relação⁴: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data Nascimento: ___/___/___ Parentesco/relação⁴: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data Nascimento: ___/___/___ Parentesco/relação⁴: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

3. Pessoas próximas: Responsável legal; familiares; vizinhos, amigos, outros.

4. Parentesco: Cônjuge; filho(a); neto(a) / Relação: amigo(a); vizinho(a); voluntário(a); outro.

4. Rede Social e Suporte:

O utente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades
quotidianas: Sim Não

Se sim, identifique o suporte existente

- Diário e permanente
- Diário pontual
- Pontual
- Inexistente

O utente usufrui dos serviços de: Apoio Domiciliário (SAD)
 Centro de Dia
 Centro de convívio
 Outro. Qual? _____

Identifique o estabelecimento:

5. 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.

6. Avaliação sumária da área funcional do utente:

Actividade	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de Imagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir ao WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao exterior (compras, pagamento água, luz, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação quotidiana do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Serviços solicitados:

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade?				Quantidade?			Outra. Qual?*	Estimativa custo
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzena	Mensal	1x	2x	3x		
Situação tipo	Refeição: Almoço	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Convívio/ocupação	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Cuidados de higiene	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outras, associadas ou não a SAD.	Refeição: Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Acompanhamento ao médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Assistência medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Apoio psicológico ao utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Apoio psicológico à família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Apoio social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Acompanhamento ao exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Outras refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Outro. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*Observações ou outras especificações:

8. Outras observações decorrentes do pedido/análise técnica do CPS:

9. Valor da comparticipação familiar

(Se verificado alterações nos pontos 2, 6 e 7)

Valor da Comparticipação actualizado:
(Anexar mod. CPS-CD 001 Cálculo da comparticipação)

Utente <hr/>	Representante do utente (quando aplicável) <hr/>	Pelo CPS <hr/>
-----------------	--	-------------------

Nota:

4. A assinatura da presente ficha de renovação da inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno do estabelecimento.
5. Junto da ficha de renovação de inscrição, colocar os documentos base/justificativos dos pedidos de alteração, quando aplicável.
6. Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais e destinam-se a uso interno do CD, não podendo ser utilizadas sem a autorização prévia do utente ou família.