

Ficha de Inscrição

A preencher pelos serviços

N.º de inscrição _____ Ano _____

- Não considerada por não cumprir os requisitos
Motivo _____
- Inscrição anulada pelo cliente e/ou representante legal e/ou familiar
Motivo _____
- Inserir em Lista de Espera
- Inscrição aprovada

Data de Admissão ___/___/___ N.º de processo _____ Resposta Social _____ Edifício _____

Data de Saída ___/___/___ Motivo: _____

Dados de Identificação do Cliente

Nome _____

Morada _____ Código Postal _____ - _____

Localidade _____ Freguesia _____ Concelho _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: ___ - ___ - ___ Estado Civil: _____

Documento de Identificação: BI CC Passaporte Número: _____ Validade ___ - ___ - ___ N.º Contribuinte: _____

Telemóvel _____ Telefone Casa _____ e-mail _____ @ _____

N.º. Beneficiário (NISS): _____ N.º. De Utente: _____ Centro de Saúde: _____

Médico de família: _____ Outro Profissional de referência: _____ Contactos: _____

Modalidade de pagamento da mensalidade pretendida: Balcão (dinheiro ou multibanco) Débito direto Entidade e referência (conforme fatura) Cobrança ao domicílio

Nome e contacto da pessoa responsável pelo pagamento: _____

Identificação de quem vive com o/a cliente:

Nome	Parentesco	Sexo	Ano de nascimento	Situação Profissional

Identificação e contactos do representante legal e/ou familiar

Nome _____ Data Nascimento: ___ - ___ - ___

Parentesco/Relação1: _____ Ocupação Profissional: _____

Morada _____ Código Postal _____ - _____

Localidade _____ Freguesia _____ Concelho _____

Telemóvel _____ Telefone Casa _____ e-mail _____ @ _____

Documento de Identificação: BI CC Passaporte Número: _____ Validade ___ - ___ - ___ N.º Contribuinte: _____

Serviço Pretendido

Apoio Domiciliário: Centro de Dia:

No caso do Centro de Dia, identifique se necessita de transporte entre a residência e Centro Paroquial do Estoril: Sim Não

No caso do Apoio domiciliário, especifique os serviços pretendidos:

¹ Parentesco - conjugue, filho (a), neto (a), irmão (ã) / Relação - amigo(a), vizinho (a), voluntário (a), outro

Alimentação: Higiene habitacional: Higiene pessoal: Tratamento de roupa: Animação:

Outros: _____

Necessidades: _____

Expectativas: _____

Na eventualidade de não haver vaga pretende ficar em lista de espera: Sim Não

Caracterização da condição de saúde do candidato

Identificação Patológica: Motora Cognitiva Multideficiência

Avaliação Sumária da Funcionalidade do Candidato:

Tarefas	Autónomo	Necessita de vigilância	Precisa de pequena ajuda	Necessita de ajuda total para a tarefa
Banho				
Alimentação				
Transferências (passar da cama para uma cadeira)				
Usa fraldas				
Vestir-se				
Ir ao WC				
Mobilidade (andar, subir/descer escadas etc.)				
Cuidados de imagem				
Higiene habitacional				
Tratamento de roupas				
Saídas de casa (pequenos passeios, etc.)				
Aquisição de bens e serviços (fazer compras, etc.)				
Toma medicamentosa				
Ocupação do tempo livre				

Outros

O cliente frequenta outra resposta Social do C.P.E.? Sim Não Se sim, qual? _____

O Cliente está integrado noutra instituição? Sim Não Se sim, indique o nome da instituição e dos serviços que usufrui

Foi sinalizado por alguma instituição/organização? Sim Não Se sim, especifique _____

Porque nos escolheu? _____

Outras observações que considere relevantes _____

A fim de validar a inscrição, entregar documentos em anexo

- Confirmo que tomei conhecimento da existência do Regulamento Interno e que se encontra disponível para consulta em www.cpestoril.pt ou nas receção.
- Confirmo que tomei conhecimento de que a informação recolhida destina-se a ser utilizada para fins de gestão interna do Centro Paroquial do Estoril. Os titulares dos dados podem ter acesso aos mesmos sempre que solicitado bem como atualiza-los e ou corrigi-los.

Data: ___/___/____

(Pela Instituição)

(Cliente e/ou Representante Legal e/ou Familiar)