

A preencher pelo utente ou representante legal:

Data de Inscrição: ___/___/20___

Data de Saída: ___/___/20___

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

N.º Telefone: _____ Data Nascimento ___/___/___

Estado Civil: _____

B.I.: _____ N.º de Contribuinte: _____ N.º Beneficiário SS: _____

Residência última: _____ E-Mail: _____

DOCUMENTOS A ENTREGAR

A. Fotocópia autorizada do BI ou Cartão do Cidadão do utente e do representante legal;

B. Fotocópia autorizada do Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal;

C. Fotocópia autorizada do Cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal;

D. Fotocópia autorizada do Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde ou de Subsistema;

E. Boletim de vacinas e relatório médico comprovativo da situação clínica do utente;

F. Comprovativos dos rendimentos do utente e agregado familiar;

G. Documentos comprovativos das despesas com habitação (renda e/ou empréstimo bancário);

H. Documentos comprovativos das despesas de saúde no caso de doença crónica;

I. Documentos comprovativos de encargos com transportes públicos;

J. Documentos comprovativos de participação de descendentes ou outros familiares em ERPI.

MOTIVO DO PEDIDOTemporário: Permanente:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA(S) PESSOAS PRÓXIMAS DO UTENTE

Nome:	_____
Parentesco/Relação:	_____
Morada:	_____
Código Postal: _____ - _____	N.º Telefone: _____
Profissão:	_____

Nome:	_____
Parentesco/Relação:	_____
Morada:	_____
Código Postal: _____ - _____	N.º Telefone: _____
Profissão:	_____

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

Sim:

Não:

SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA DO UTENTE (2)

Rendimentos Mensais:		Despesas Mensais:	
Rendimento do trabalho	€	Renda/Prestação da casa	€
Reforma	€	Transportes públicos	€
Rendimentos do agregado familiar	€	Medicação/Saúde	€
Complemento Solidário para Idosos	€	Alimentação	€
Rendimento Social de Inserção	€	Fraldas	€
Outros	€	Outros	€
Total:	€	Total:	€

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

Comparticipação Mensal: _____

REDE SOCIAL E SUPORTE

O utente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas? (assinale um x)

Sim:

Não:

Identifique o suporte físico do utente: (assinale um x)

Diário e Permanente Diário e Pontual Pontual Inexistente

DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente: (assinale um x)

Autónimo, não necessita de apoio

Necessita de pequenos apoios na vida diária 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 (assinale um x)

Mental Visual Motora Auditiva

AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO UTENTE (assinale um x)

	Autónimo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente 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"/>
Subir e descer escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, 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 do tempo livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAÚDE

Grupo Sanguíneo: _____

Nome do Médico/Assistente: _____

Centro de Saúde: _____

N.º Telefone: _____ N.º de SNS: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES

SERVIÇOS SOLICITADOS

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Quantidade			
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra qual?
Cuidados de higiene e conforto pessoal		<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"/>	
Fornecimento de alimentação		<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 na alimentação		<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"/>	
Confeção de alimentos no domicílio		<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"/>	
Higiene habitacional		<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"/>	
Transportes		<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"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	
Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais		<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"/>	
Serviço de teleassistência		<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 psicossocial		<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"/>	
Atividades de animação/socialização		<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											

ASSINATURA DO UTENTE OU FAMILIAR RESPONSÁVEL: _____

A Preencher pelo(a) Diretor(a) Técnico:

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO

Situação económica e socialmente desfavorecida

Hospitalização do indivíduo ou familiar que preste assistência ao utente, ou outra situação de emergência

Ser familiar de utente da instituição

DOCUMENTOS ENTREGUES NO PROCESSO DE CANDIDATURA

- Fotocópia autorizada do BI ou Cartão do Cidadão do utente e do representante legal;
- Fotocópia autorizada do Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal;
- Fotocópia autorizada do Cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal;
- Fotocópia autorizada do Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde ou de Subsistema;
- Boletim de vacinas e relatório médico comprovativo da situação clínica do utente;
- Comprovativos dos rendimentos do utente e agregado familiar;
- Documentos comprovativos das despesas com habitação (renda e/ou empréstimo bancário);
- Documentos comprovativos das despesas de saúde no caso de doença crónica;
- Documentos comprovativos de encargos com transportes públicos;
- Documentos comprovativos de participação de descendentes ou outros familiares em ERPI.

CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE:

O estabelecimento ajusta-se às necessidades e expectativas do utente?

Sim:

Não, porque? _____

O estabelecimento pode dar resposta, internamente, ao pedido do utente?

Sim:

Não, porque? _____

A Preencher pelo(a) Diretor(a) Técnico:

AVALIAÇÃO/PARECER

--	--

Diretora Técnica	Data
------------------	------

DESPACHO PELA DIRECÇÃO

--	--

Presidente da Direção	Data
-----------------------	------

APRECIACÃO FINAL DA CANDIDATURA

<input type="checkbox"/> ADMITIDA
<input type="checkbox"/> NÃO ADMITIDA MAS INTERESSADA EM INGRESSAR (LISTA DE ESPERA)
<input type="checkbox"/> NÃO ADMITIDA E ANULADA INSCRIÇÃO PELA FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> NÃO ADMITIDA E ANULADA INSCRIÇÃO POR NÃO RESPEITAR REQUISITOS