

No Inscrição: _____ N° do processo: _____ Data de inscrição: __/__/____
Data de admissão: __/__/____ Data de saída: __/__/____
Resposta Social: ERPI Motivo Saída: _____

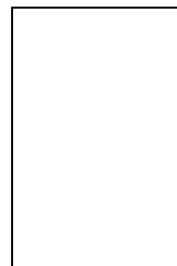
Regime Privado
 Regime Comparticipado
 Regime Temporário

A preencher pelos serviços:

No. de Inscrição Provisório: _____ No. PI: _____

Ponto de situação da Inscrição:

- Admitido
Data: __/__/____
- Não Admitido, mas interessado em ingressar (lista de espera)
Data: __/__/____
- Não admitido e anulada a inscrição pela família
Data: __/__/____
- Não admitido e anulada a inscrição por não respeitar requisitos
Data: __/__/____



1. Dados de identificação do candidato

Nome: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ - _____

Data de nascimento: _____ Estado civil: _____ Naturalidade: _____
__/__/____

Contato: _____ Profissão: _____

BI/ CC n° _____ Emissão: _____ Validade: _____ Arquivo: _____
__/__/____ __/__/____

NIF: _____ NISS: _____ SNS: _____

2. Dados de identificação do responsável pelo candidato

Nome: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ - _____

E-mail: _____

Data de nascimento: _____ Estado civil: _____ Naturalidade: _____
__/__/____

Contacto: _____ Grau de Parentesco: _____ Profissão: _____

BI/ CC n° _____ Emissão: _____ Validade: _____ Arquivo: _____
__/__/____ __/__/____

NIF: _____ NISS: _____ SNS: _____

3. Situação familiarTem filho? Não Sim Quantos? _____

Pessoas que compõe o agregado familiar:

Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contacto _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contacto _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contacto _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contacto _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contacto _____

4. História médica

Estado de saúde geral:

Bom Mau Razoável

Recorre com frequência ao serviço de saúde:

Sim Não

Com que frequência recorre ao serviço de saúde?

Médico de família: _____

Contacto: _____

Enfermidades (doenças)

Operações _____

Tratamentos _____

5. Situação clínica atual Autónomo Semi-dependente Dependente Acamado**Movimentação:** Andarilho Cadeira de rodas Bengala**Micção/esfíncteres:** WC Fralda Algália**Banho:** Sozinho Com ajuda**Alimentação:** Normal Hipo salina Outra. Qual? _____**6. Situação económica**

Rendimentos Mensais		Despesas Mensais	
Reforma/pensão		Medicação	
Complemento por dependência		Renda de casa/empréstimo habitação	
Outro, qual?		Outro, qual?	
Total		Total	

7. Motivo do pedido

--

8. Tempos livres

<input type="checkbox"/> Ler	<input type="checkbox"/> Bordar	<input type="checkbox"/> Costurar	<input type="checkbox"/> Outro, qual?
<input type="checkbox"/> Ouvir ler	<input type="checkbox"/> Jogar	<input type="checkbox"/> Trabalhos manuais	
<input type="checkbox"/> Ver TV	<input type="checkbox"/> Passear	<input type="checkbox"/> Conversar	
<input type="checkbox"/> Ajudar em trabalhos domésticos	<input type="checkbox"/> Jardinagem	<input type="checkbox"/> Ouvir música	

Autorizo a informatização dos dados pessoais, divulgados nesta Ficha de Inscrição.

___/___/___, O candidato:

___/___/___, O representante:

___/___/___, O estabelecimento:

.....Campo destinados aos serviços Administrativos.....

9. Critérios de admissibilidade

	Sim	Não
Idade do candidato		
Cuidados exigidos pelo grau de dependência		
Baixos recursos económicos		
Ausência ou indisponibilidade da família em assegurar cuidados básicos		
Risco de isolamento social		
Residência próxima do estabelecimento		
Situação de emergência social		
Adequação da resposta social às necessidades do candidato		

Tratamento de Dados Pessoais:

Ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, declaro que presto o meu consentimento de forma livre, específica, informada e inequívoca, ao CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE RONFE para tratar todos os meus dados pessoais e do candidato constantes na presente ficha para fins de inscrição, gestão, prestação de serviços ou outras finalidades permitidas por lei e, quando necessário, colocar essa informação à disposição de terceiros, prestadores de serviços, organismos públicos e quaisquer outras entidades, nos termos legais.

Mais declaro que fui informado que serão conservados apenas pelo período estritamente necessário para a realização das referidas finalidades, findo o qual serão definitivamente eliminados e poderei a qualquer momento, querendo, solicitar através do endereço de correio eletrónico epd@cspronfe.pt para informação e acesso aos meus dados pessoais; à sua retificação ou atualização; ao apagamento/esquecimento; a limitação; o direito de se opor ao tratamento bem como do direito à portabilidade de dados ou retirar o presente consentimento e apresentar reclamação junto da Autoridade de controlo competente: Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) - Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa - Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 – e-mail: geral@cnpd.pt ou www.cnpd.pt

Declaro ainda assumir total responsabilidade pela veracidade e autenticidade das informações e dados pessoais fornecidos e pela atualização dos mesmos, sempre que se justifique.

Para mais informações, consulte a nossa Política de Privacidade disponível em www.cspronfe.pt

Ronfe, ___ de _____ de 20__*

(Assinatura do Representante)

(Responsável do estabelecimento pela receção da Inscrição)