

FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO – CENTRO DE DIA E SAD

Nº do processo: _____

Data de inscrição: ___/___/___

Data de admissão: ___/___/___

Data de saída: ___/___/___

Resposta Social: _____

Motivo saída: _____

A preencher pelos serviços:

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

Ponto de situação da Inscrição:

Admitido

Data: ___/___/___

Não admitido, mas interessado/a em ingressar (lista de espera)

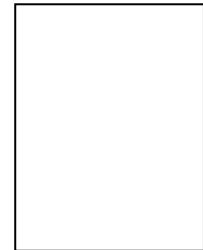
Data: ___/___/___

Não admitido e anulada inscrição pela família

Data: ___/___/___

Não admitido e anulada inscrição por não respeitar requisitos

Data: ___/___/___



Dados de identificação do candidato

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Data de Comemoração: ___/___/___

Idade: _____

Morada: _____ Código-Postal: _____ - _____

Telemóvel: _____

Telefone Casa: _____

Estado civil: _____

Naturalidade: _____

BI / ou Cartão de cidadão

Emissão:

Validade:

Arquivo:

___/___/___

___/___/___

NIF: _____

NISS: _____

Sistema de Saúde: ADSE Seg. Saúde Privado Outro. Qual? _____

SNS (nº de beneficiário): _____

Médico de Família: _____

Contato: _____

FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO – CENTRO DE DIA E SAD

Grau de Dependência:

Autónomo:					
<input type="checkbox"/> Vestir-se	<input type="checkbox"/> Tomar Banho	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Movimentação
Semi-dependente:					
<input type="checkbox"/> Vestir-se	<input type="checkbox"/> Tomar Banho	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Movimentação
Dependente:					
<input type="checkbox"/> Vestir-se	<input type="checkbox"/> Tomar Banho	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Movimentação
Movimentação:					
<input type="checkbox"/> Autónomo	<input type="checkbox"/> Andarilho	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Bengala		
Micção/esfínteres:					
<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Algália	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____		
Banho:					
<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Com ajuda				
Alimentação:					
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dieta Tipo? _____				

Situação económica do agregado familiar:

Elementos/Nome	Tipo de Rendimento	Rendimento Mensal Líquido
1 – (Candidato)		
2 –		
3 –		
4 –		
5 –		
Total:		Total:

Despesas Mensais:

Renda/amortização	
Transporte	
Saúde	
Outro. Qual?	
Total:	
Rendimento Disponível:	

Tempos livres:

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

FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO – CENTRO DE DIA E SAD

Serviços Solicitados (aplicável apenas ao SAD)

Serviços Solicitados	Assinale com um X	Quando?		Periodicidade			
		Semana	Fim-de-Semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal
Cuidados de Higiene							
Cuidados de Imagem (barba e cabelo)							
Higiene habitacional							
Apoio na Refeição							
Assistência Medicamentosa							
Consultas e Exames Médicos							
Apoio psicossocial							
Tratamento de Roupas							
Apoio na aquisição de Bens e Serviços							
Apoio Espiritual							

Motivo do pedido

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

___/___/___, O candidato:

___/___/___, O representante:

___/___/___, O estabelecimento:

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

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)