

Lar Adventista para Pessoas Idosas

Uma outra ideia da idade



Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N.º de Entrada:

Resposta Social solicitada:

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lar | } | <input type="checkbox"/> LAPI Sul |
| <input type="checkbox"/> SAD | | <input type="checkbox"/> LAPI Norte |

Nota: no caso do SAD, C. Dia e C.C. estão referidos os números a que se refere o ponto específico ao serviço solicitado

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Idade:

Estado Civil:

Morada:

Código Postal:

Contacto:

Assinale com X os documentos anexos ao processo de Candidatura

BI n.º

NIF

NISS

SNS

Razões que motivam o pedido

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Isolamento Social/Familiar | <input type="checkbox"/> Abandono familiar |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoio familiar | <input type="checkbox"/> Ausência de família |
| <input type="checkbox"/> Família sem condições para prestar apoio | <input type="checkbox"/> Isolamento geográfico |
| <input type="checkbox"/> Más condições habitacionais | <input type="checkbox"/> Incapacidade/doença |
| <input type="checkbox"/> Sem habitação | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Conflitos familiares | |

Lar Adventista para Pessoas Idosas

Uma outra ideia da idade



2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR

Nome	Idade	Parentesco	Coabita com o cliente		Tipo de rendimento ¹ :	Rendimento Mensal
			Sim	Não		
Cliente						

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DAS PESSOAS PROXIMAS DO CLIENTE

① Nome Completo:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:

Email:

Morada:

Código Postal:

Contacto telefónico:

② Nome Completo:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:

Email:

Morada:

Código Postal:

Contacto telefónico

¹ Reforma, Pensão Social, RSI, CSI, outros
Aprovado por Conselho Director em 7/09/2010

Lar Adventista para Pessoas Idosas

Uma outra ideia da idade



4. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?
(assinale com X)

Sim Não

Identifique o suporte existente do candidato
(assinale com X)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de:
(assinale com X)

Apoio Domiciliário

Centro de Dia

Centro de convívio

Outro serviço

Estabelecimento que frequenta?

Qual serviço e estabelecimento?

5. DEPENDENCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente
(assinale com X)

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 mobilidade

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas

Deficiência

(assinale com X)

Mental

Visual

Motora

Auditiva

Lar Adventista para Pessoas Idosas

Uma outra ideia da idade



6. CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

A Organização ajusta-se às necessidades e expectativas do Cliente?

(assinale com uma X)

- Sim
- Não Porquê?

A Organização pode dar resposta, internamente, ao pedido do Cliente?

(assinale com uma X)

- Sim
- Não Reencaminhamento para outra Organização ou prestação de informação adicional (quando aplicável)

CRITÉRIOS

	Ponderação %	Pontuação
<input type="radio"/> Frequência de outros serviços da Organização;	30	
<input type="radio"/> Limitações do contexto social, nomeadamente no que respeita à inexistência de retaguarda familiar;	30	
<input type="radio"/> Grau de adequação dos serviços da Organização às necessidades e expectativas do cliente.	30	
<input type="radio"/> Cliente encaminhado pelos Serviços da Segurança Social	10	

ESCALA DE PONDERAÇÃO

Muito Alta	81 - 100
Alta	61 - 80
Média	41 - 60
Baixa	21 - 40
Muito Baixa	0 - 20

Admissível

(assinale com uma X)

- Sim
- Não Porquê?

7. OBSERVAÇÕES

Lar Adventista para Pessoas Idosas

Uma outra ideia da idade



8. VALOR DA PARTICIPAÇÃO PELO CÁLCULO VIGENTE À DATA DA INSCRIÇÃO

_____ €

Assinaturas			
Cliente_____	Data:	/	/
Representante do Cliente_____	Data:	/	/
Estabelecimento:_____	Data:	/	/

Autorizo que os dados pessoais constantes nesta ficha de inscrição sejam processados informaticamente pela Entidade na sua base de dados.

DILIGENCIAS

Lar Adventista para Pessoas Idosas

Uma outra ideia da idade



FORMA DE CONTACTO (assinale com X)	DESTINATÁRIO	MOTIVO	OBS.
Contacto presencial <input type="radio"/> Contacto Telefónico <input type="radio"/> Data: / /			
Contacto presencial <input type="radio"/> Contacto Telefónico <input type="radio"/> Data: / /			
Contacto presencial <input type="radio"/> Contacto Telefónico <input type="radio"/> Data: / /			