

# 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"/> ERPI       | } | <input type="checkbox"/> LapiSul     |
|                                     |   | <input type="checkbox"/> LapiNorte   |
|                                     |   | <input type="checkbox"/> LapiMadeira |
| <input type="checkbox"/> SAD        | } | <input type="checkbox"/> LapiSul     |
|                                     |   | <input type="checkbox"/> LapiCentro  |
|                                     |   | <input type="checkbox"/> LapiMadeira |
| <input type="checkbox"/> Centro Dia | } | <input type="checkbox"/> LapiCentro  |
|                                     |   | <input type="checkbox"/> LapiMadeira |

### 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 <input type="checkbox"/>	NIF <input type="checkbox"/>
NISS <input type="checkbox"/>	SNS <input type="checkbox"/>

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

# Lar Adventista para Pessoas Idosas

*Uma outra ideia da idade*



## BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR

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

## 2. 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

<sup>1</sup> Reforma, Pensão Social, RSI, CSI, outros

# Lar Adventista para Pessoas Idosas

*Uma outra ideia da idade*



## 3. 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?

## 4. 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

Necessita de muito 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*



## 5. 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;	35	
<input type="radio"/> Grau de adequação dos serviços da Organização às necessidades e expectativas do cliente.	25	
<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?

## 6. OBSERVAÇÕES

# Lar Adventista para Pessoas Idosas

*Uma outra ideia da idade*



## 7. 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.

No seguimento do artigo 5.º da Lei n.º 7/2007, de 5 de Fevereiro, pelo presente junto cópia do meu cartão do cidadão / documento equivalente, conforme acima indicado, para efeitos de conferência de identidade, dando o meu livre consentimento à ASA, para a fotocópia do mesmo.

# Lar Adventista para Pessoas Idosas

*Uma outra ideia da idade*



## DILIGENCIAS

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:    /    /			