**Resposta Social:**

**Lar de Idosos Centro de Dia Apoio Domiciliário**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de Inscrição: |  |  | N. Entrada: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nome completo: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nome pelo qual deve ser tratado: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Data de Nascimento: |  | Sexo: |  | Idade: |  | Anos |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Morada: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Código Postal: |  | Telefone Casa: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Telemóvel: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | NIF: |  |  | BI/CC |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nº Beneficiário: |  | Regime Segurança Social: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nº Utente: |  | Sub-sistema Saúde: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.** |  | **MOTIVO DO PEDIDO** |

**Resposta solicitada:** Temporária: 🌕 Permanente: 🌕

|  |
| --- |
| **Fundamentação do pedido:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.** |  | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE (1)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nome: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Data de Nascimento: |  | Parentesco/ Relação(2): |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Morada: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Telefone: |  | Ocupação: |  |
|  |  | Email: |  | Outro: |  |

(1) Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2) Parentesco – cônjugue, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

**Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?**

Sim: \_\_\_\_ Quem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Serviço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_

**DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** |  | **REDE SOCIAL DE SUPORTE** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O candidato foi encaminhado por outra organização? | | | | | | |
|  |  | Sim | 🌕 | Não | 🌕 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?  (assinale com uma X) | | | | | | |
|  |  | Sim | 🌕 | Não | 🌕 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Identifique o actual suporte assegurado ao candidato: | | | | |
|  |  | diário e permanente | 🌕 | pontual 🌕 |  |
|  |  | diário pontual | 🌕 | Inexistente 🌕 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:(assinale com uma X) | | | | | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  | Serviço de Apoio Domiciliário | 🌕 | Identifique qual a organização: |  |
|  |  | Centro de Dia | 🌕 |  |  |
|  |  |  |  |  | |
|  |  | Outro Serviço | 🌕 | Especifique qual, assim como a organização: |  |
|  |  |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.** |  | **CaracterizaÇão da(s) incapacidade(s)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Questões (assinale com x) | Sim | Não | Especifique-as |
| **Tipo de incapacidade(s)** | | | |
| Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatómicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral) | 🌕 | 🌕 |  |
| Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e.,andar distâncias longas; participar em actividades de grupo) | 🌕 | 🌕 |  |
| Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio? | 🌕 | 🌕 |  |

**Causa(s) das incapacidade(s):**

Congénita(s) 🌕

Adquirida(s) 🌕

Conceitos (CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde):

Incapacidade – termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação.

Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

Estruturas do corpo – partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.

Limitações da actividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção).

Restrições na participação – problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se participação como o envolvimento do indivíduo numa situação da vida real.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.** |  | **FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Sim | 🌕 | Não | 🌕 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Bilhete de Identidade | 🌕 | Data da entrega |  | / |  | / |  |  |
|  |  | Nº de Contribuinte | 🌕 | Data da entrega |  | / |  | / |  |  |
|  |  | Cartão de Beneficiário ou Pensionista | 🌕 | Data da entrega |  | / |  | / |  |  |
|  |  | Outros. Especificar: | 🌕 | Data da entrega |  | / |  | / |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7.** |  | **ASSINATURAS** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Cliente |  | Data: |  | / |  | / |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Representante do Cliente |  | Data: |  | / |  | / |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Organização |  | Data: |  | / |  | / |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8.** |  | **OUTRAS INFORMAÇÕES:** |