

**FICHA DE INSCRIÇÃO/ADMISSÃO**

Data de Inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

N.º de Utente: \_\_\_/\_\_\_\_

Data de início da prestação de serviços: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Saída: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo de Saída: \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone/Tlm: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

BI/CC: \_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ arquivo de: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

Familiar responsável ou representante legal: \_\_\_\_\_

Contactos do responsável: \_\_\_\_\_

Responsável pelo acesso à chave do domicílio do utente e regras de utilização: \_\_\_\_\_

**BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CANDIDATO E SITUAÇÃO ECONÓMICA**

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cand.		Meio de Vida Princ.	Rendimento Mensal
			Sim	Não		
						€
						€
						€
<b>Total</b>						€

<b>Rendimentos Mensais:</b>		<b>Despesas Mensais:</b>	
Rendimento do Trabalho	€	Medicação	€
Reforma/Pensão	€	Outras despesas - Saúde	€
Complementos (Dependência/S.I.)	€	Alimentação	€
Outros	€	Outros	€
<b>Total:</b>	€	<b>Total</b>	€



**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO (S) DA (S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CANDIDATO / CONTACTOS DE EMERGÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefone/Tlm.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefone/Tlm.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**REDE SOCIAL E DE SUPORTE**

Identifique o suporte existente do Candidato: \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES HABITACIONAIS:** a infraestrutura encontra-se em estado de Conservação: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DO PEDIDO DE SAD / OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:** \_\_\_\_\_

<b>DEPENDÊNCIA DO CANDIDATO</b>	<b>Autónomo / Responsabilidade Familiar</b>	<b>Necessita de apoio pontual dos Serviços</b>	<b>Necessita do apoio total dos Serviços</b>
Banho / Vestir-se / Ir ao WC			
Alimentação			
Transferência (entrar e sair da cama)			
Continência			
Higiene Habitacional			
Tratamento de Roupas			
Mover-se no exterior (fazer compras, etc.)			
Toma de medicação			

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Médico de Família: \_\_\_\_\_

Extensão e Contacto: \_\_\_\_\_

**ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO**B.I.:  NIF:  Cartão de SS:  Cartão Utente:  Comp. de Rendimentos:  Comp. de Despesas: 

Outros: \_\_\_\_\_

**Avaliação Sumária do Valor da Mensalidade / Cálculo da Participação Familiar**

SERVIÇOS SOLICITADOS	Quais	Quando		Periodicidade			Quantidade			Estimativa Custo (% Rc) – Tabela RI
		Semana	Sábado	Diária	Semanal	Mensal	1x	2x	3x	
Cuidados de Higiene e conforto pessoal										
Fornecimento de Alimentação										
Tratamento de Roupas										
Higiene Habitacional*										
Atividades de socialização e de animação										
Aquisição de Bens e Serviços										
Acompanhamento ao Exterior										
Administração de medicação, prescrita pelo Médico										
Apoio Psicossocial										
Outro:										

Rendimento Mensal Líquido	Despesas – Saúde	% a aplicar	$RC = \frac{R - D}{N}$



Cálculo - Mensalidade: \_\_\_\_\_ Valor da Participação: \_\_\_\_\_ €

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### DECLARAÇÕES / CONSENTIMENTOS

**Declaro, para os devidos efeitos, ter conhecimento e dar o meu consentimento para o tratamento dos dados pessoais acima mencionados à Santa Casa da Misericórdia de Sever do Vouga, consoante o Regulamento de Proteção de Dados Pessoais de 27 de abril de 2016, caso o candidato seja admitido:** Sim  Não

Estes dados serão apenas utilizados para contacto, caso o candidato seja admitido nos Serviços de Apoio Domiciliário. Aquando da admissão, o candidato terá de assinar o contrato e renovar o seu consentimento para o tratamento de todos os dados acima referidos. Não obstante, o candidato ou o seu Responsável Legal tem o direito de aceder, retificar, pedir o apagamento e/ou limitação do tratamento de dados, bem como de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo. Mais se informa que o responsável pelo tratamento, em representação da SCMSV é Isabel Bastos (234555493) e o encarregado de proteção de dados é Ana Hadden (966762007). Estes dados apenas serão entregues aos Serviços Administrativos da SCMSV.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do nº de Identificação Civil: \_\_\_\_\_, residente em: \_\_\_\_\_, declaro por Compromisso de Honra a não existência de rendimentos prediais, a não existência de bens imóveis para além da habitação permanente e a não existência de rendimentos de capitais.

**Mais declaro que é de livre vontade que procuro e aceito os respetivos serviços, que aceito as condições do Regulamento Interno da Resposta Social em Vigor.**

**Assinaturas:** O Próprio/ Representante: \_\_\_\_\_

A SCMSV, Técnica Responsável SAD: \_\_\_\_\_

Representante da SCMSV: \_\_\_\_\_