

**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		
						€
						€
						€
Total						€

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

**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:** _____

DEPENDÊNCIA DO CANDIDATO	Autónomo / Responsabilidade Familiar	Necessita de apoio pontual dos Serviços	Necessita do apoio total dos Serviços
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 DOCUMENTAÇÃOB.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: _____



Serviço de Acompanhamento Domiciliário

Morada Rua dos Trigais, nº1 - 3740-412 Talhadas

Telefone 234 551 088 (chamada para a rede fixa nacional)

NIF 501337660

E-mail polotalhadascmsv@sapo.pt
