

<input type="radio"/> 1. <sup>a</sup> Inscrição	<input type="radio"/> Renovação	N.º de inscrição: .....
<input type="radio"/> Apoio Domiciliário	<input type="radio"/> Centro de Dia	
<input type="radio"/> Cantina Social	<input type="radio"/> Balneário	
Data de inscrição: ...../...../.....	Data de admissão: ...../...../.....	
Data de saída: ...../...../.....	Motivo: .....	
.....		

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo: .....

Data de Nascimento:...../...../..... Data de Comemoração:...../...../..... Idade: .....anos

Morada: .....

Código Postal: ..... Telefone de casa: .....

Estado Civil:..... Naturalidade:.....

B.I./ Cartão de cidadão n.º: ..... Telemóvel: .....

N.º de contribuinte: ..... Email: .....

N.I.S.S. n.º: ..... S.N.S.: .....

### 2. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nome	Idade	Parentesco	Meio de vida principal <sup>(1)</sup>	Rendimento Mensal <sup>(2)</sup>
Utente				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€

<sup>(1)</sup> Recibos de vencimento; Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

<sup>(2)</sup> Aplicável a estabelecimentos das Redes Pública e Solidária; campos a serem **obrigatoriamente preenchidos com os dados do utente e dos familiares que compõem o seu agregado.**

### 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA RESPONSÁVEL (caso não seja o utente)

Nome : .....

Morada: .....

Código Postal:..... Telefone de contacto: .....

Data de nascimento: ...../...../..... Parentesco com o utente: .....

B.I./Cartão de cidadão: ..... Contribuinte n.º: .....

Naturalidade:..... Nacionalidade: .....

Profissão: ..... Contacto: .....

#### 4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO UTENTE <sup>(1)</sup>

Nome: .....

Data de Nascimento:...../...../..... Parentesco / Relação <sup>(2)</sup>: .....

Morada: .....

Código Postal: ..... Telefone de casa / Telemóvel: .....

Ocupação: ..... Telefone do trabalho: .....

Nome: .....

Data de Nascimento:...../...../..... Parentesco / Relação <sup>(2)</sup>: .....

Morada: .....

Código Postal: ..... Telefone de casa / Telemóvel: .....

Ocupação: ..... Telefone do trabalho: .....

<sup>(1)</sup> Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.

<sup>(2)</sup> Parentesco – conjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro.

#### 5. REDE SOCIAL E DE SUPORTE

**O utente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?**

Não  Sim

**Indique o suporte existente do utente**

Diário e permanente  Diário pontual  Pontual  Inexistente

**O utente usufrui dos serviços de:**

- Apoio domiciliário
- Centro de dia
- Cantina social
- Balneário
- Outro serviço, qual? \_\_\_\_\_

Indique o estabelecimento:

\_\_\_\_\_

**Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar alguma das Resposta Sociais da Instituição**

Não  Sim, nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

#### 6. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

**Grau de dependência global do utente**

- Autónomo
- Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
- Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

**Deficiência**

Mental  Visual  Motora  Auditiva

7.

**REGULAMENTO INTERNO**

O Regulamento Interno foi lido e explicado  Sim  Não, motivo .....

Foi entregue cópia do regulamento ao utente  Sim  Não, motivo .....

8.

**SERVIÇOS SOLICITADOS**

Serviços solicitados	Quando?		Períodicidade				Quantidade		
	semana	fim de semana	diária	semanal	quinzenal	mensal	1 x	2 x	3 x
Articulação com os serviços locais de saúde									
Alimentação									
Apoio na alimentação									
Atividades socioculturais, lúdico-recreativas, de motricidade e estimulação cognitiva									
Administração de fármacos de acordo com a posologia do guia de tratamento									
Cuidados de higiene pessoal									
Cuidados de imagem									
Tratamento de roupas									
Transporte (de e para Centro de Dia)									
Higiene habitacional									
Apoio na aquisição de bens e serviços									
Acompanhamento ao exterior									
Outro. Qual? _____									

9.

**CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO**

Critérios	Ponderação				Pontuação atribuída
	Centro de Dia	S.A.D.	Balneário	Cantina social	
-Pessoas social e economicamente desfavorecidas.	6	3	10	10	
-Avaliação das necessidades: isolamento, inexistência ou carência de suporte familiar e desajustamento familiar grave.	6	5	4	4	
-Ser parente direto do utente que usufrua do serviço.	6	2	1	1	
-Transição de utentes por razões de saúde, entre as Respostas Sociais.	1	2	0	0	
-Situações encaminhadas por entidades locais.	1	1	3	3	
-Naturalidade ou residência na freguesia da Póvoa de Varzim.	0	2	2	2	
-Ser sócio da Associação	0	1	0	0	
-Pessoas que solicitem a prestação dos 4 serviços.	0	4	0	0	

**TOTAL**

O utente visitou as instalações?

Sim

Não, motivo: .....

Nova agenda de visita: ...../...../..... às .....H .....

A Resposta Social a que o utente se candidata ajusta-se às suas necessidades e expectativas?

Sim

Não, motivo \_\_\_\_\_

É admissível?

Sim

Não, motivo \_\_\_\_\_

A Resposta Social satisfaz o pedido do utente?

Sim

Não, motivo \_\_\_\_\_

Lista de espera

Pretende ficar inscrito em lista de espera.

Não pretende ficar inscrito em lista de espera.

Equipa \_\_\_\_\_ Horário: entre as \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ e as \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Equipa \_\_\_\_\_ Horário: entre as \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ e as \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Equipa \_\_\_\_\_ Horário: entre as \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ e as \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Rendimento Mensais		Despesas Mensais	
Rendimento do trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda de casa/ prestação de habitação	€
Pensão	€	Consumos de água, electricidade, gás e telefone	€
Complemento por dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outros	€
<b>Total</b>	€	<b>Total</b>	€

## Decisão

Valor da **comparticipação** .....€

**Primeira mensalidade** paga a ...../...../..... no valor de .....€

Mensalidade .....€

Outros Serviços/ Atividades .....€

Outros Serviços/ Atividades .....€

**TOTAL MENSAL** .....€

Contrato	Cópia entregue ao utente / família
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Qual o motivo? _____

O Utente ou Representante Legal

Ass.:

A Técnica de Serviço Social/ A Coordenadora

Ass.:

Ass.:

A Direção

Ass.:

O Serviço de Secretaria

Ass.:

14.

## DOCUMENTOS A APRESENTAR NO ATO DA INSCRIÇÃO

Documentos pretendidos	Foram entregues cópias de todos os documentos?	
	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
	Data de entrega	
B.I./ cartão de cidadão do utente e do representante legal		_____/_____/____
N.º de contribuinte do utente e do representante legal		_____/_____/____
NISS (n.º de identificação da segurança social) do utente		_____/_____/____
N.º do serviço nacional de saúde do utente		_____/_____/____
Comprovativo de rendimentos mensais do agregado familiar Recibos de vencimento; Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro Declaração de IRS e nota de liquidação do ano anterior		_____/_____/____
Comprovativos de despesas mensais do agregado familiar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor da renda da casa e contrato de aquisição/ prestação mensal de habitação própria e permanente</li> <li>• Despesas com aquisição de medicação de uso continuado por doença crónica</li> </ul>		_____/_____/____
Declaração médica onde conste a doença crónica ou a incapacidade temporária, bem como a medicação e sua posologia.		_____/_____/____

15.

## RELATÓRIO DA TÉCNICA DE SERVIÇO SOCIAL

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
A Técnica de Serviço Social .....	...../...../.....
A Coordenadora .....	...../...../.....
A Direção .....	...../...../.....

**Deliberação da Direção**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A Direção ..... /...../.....

**Revisão de processo**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A Direção ..... /...../.....

