

Ficha de Pré-Inscrição

Nº Inscrição: _____
 Data da Inscrição: ____/____/____

FAVOR LEIA ATENTAMENTE E PREENCHA COM A MÁXIMA EXACTIDÃO

RESPOSTA A QUE SE CANDIDATA E TIPOLOGIA DE SERVIÇOS

<input type="checkbox"/> Centro de dia	<input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/> Centro de Convívio
<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Higiene Pessoal/Higiene Habitacional* _____	<input type="checkbox"/> Todos os dias
<input type="checkbox"/> Higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Refeição* _____	<input type="checkbox"/> 2/3 x semana
<input type="checkbox"/> Tratamento de roupa	<input type="checkbox"/> Tratamento de roupa	
<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Animação	

* Nomear número de dias que pretende o serviço e se inclui fim-de-semana.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PRÉ-CANDIDATO/A

Nome Completo: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Anos
 Morada: _____
 Código Postal: _____ Concelho: _____
 Telefone / Telemóvel: _____ Habilitações literárias: _____
 É utente de outra valência do CIVAS? Tem algum familiar a frequentar o CIVAS:
 Não Sim Qual? _____ Não Sim Qual? _____

2. DADOS DA PESSOA QUE EFETUA O CONTACTO (PESSOA DE REFERÊNCIA)

Nome: _____
 Relação com pré-candidato (a): _____ Telefone / Telemóvel: _____
 Local de trabalho: _____ Email: _____
 Outros contactos: _____

3. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CANDIDATO/A

Nome	Idade	Parentesco	Pessoa de Referência		Actividade Profissional
			Sim	Não	

4. DADOS DA SITUAÇÃO ECONÓMICA

Rendimentos Mensais			Despesas Fixas		
Reforma	. . €		Renda	. . €	
Pensão cônjuge ou Sobrevivência	. . €		Medicação	. . €	
Complemento por Dependência	. . €			. . €	
Outros	. . €			. . €	
Total:	. . €		Total:	. . €	

5. DADOS DA SITUAÇÃO HABITACIONAL

Tipologia de habitação	Regime de ocupação	Caraterização do WC*
<input type="checkbox"/> Moradia	<input type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Poliban
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Arrendado	<input type="checkbox"/> Banheira
<input type="checkbox"/> Parte de casa /Anexo	<input type="checkbox"/> Casa de familiares. Quem? _____	<input type="checkbox"/> Possui ajudas técnicas. Quais? _____

* A preencher para inscrição em SAD

6. SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA / SAÚDE

Grau de dependência global (assinale com uma x)	Assinale c/ uma 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 na mobilidade	
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)	

Deficiência (assinale com uma x e defina)			
Mental <input type="checkbox"/> Ligeira <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>	Visual <input type="checkbox"/> Ligeira <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>	Motora <input type="checkbox"/> Ligeira <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>	Auditiva <input type="checkbox"/> Ligeira <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>

Utiliza Ajuda Técnica (andador, cadeira de rodas, bengala, etc.)?
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual _____

Unidade de Saúde: _____	Médico Assistente: _____
-------------------------	--------------------------

7. FAÇA UMA BREVE DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DO (A) PRÉ-CANDIDATO (A)

8. INDIQUE O(S) MOTIVO(S) DESTA PRÉ-INSCRIÇÃO:

Sra. da Hora, ____/____/20__

Assinatura (própria, pessoa de referência ou técnico): _____