



CANDIDATURA PARA O LAR CANTO D' ENCANTO – FORMULÁRIO C5

Preencha os dados solicitados para efetuar a candidatura para frequentar o Lar Canto D'Encanto. De seguida guarde o documento e submeta-o no formulário do website. Lembramos que as informações são confidenciais e sua identidade está protegida de acordo com a política de privacidade do CIVAS. Se tiver dúvidas no preenchimento ou necessitar de apoio adicional, envie um email para liliana.pereira@civas.pt

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome

Nome pelo qual gosta de ser tratado

Data de Nascimento

Morada

Código-Postal Localidade

Telefone E-mail

Nº Cartão de Cidadão Nº Identificação Fiscal

Estado Civil: Solteiro(a) Divorciado(a) Casado(a) União de Fato Viúvo(a)

Tem filhos? Sim Não Se respondeu sim, indique quantos:

Mantém relação de proximidade com os filhos? Sim Não

SITUAÇÃO ATUAL DO(A) CANDIDATO(A)

Indique o Grau de Dependência (selecione apenas 1 opção):

- Autónomo, não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana
- Necessita de apoio na higiene pessoal, atividades diárias e mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas

Necessita ajudas técnicas? Sim Não

Se respondeu sim, indique quais:

Necessita de apoio para mobilidade (andarilho, bengala, canadianas ou cadeiras de rodas)

Necessita de apoio na alimentação (tem dieta específica)

Necessita de apoio em saúde mental (sofre de algum tipo de doença psiquiátrica)

Sofre de algum tipo de doença neurológica (Alzheimer, doenças vasculares, ...)

É portador de algum tipo de deficiência? Sim Não

Se respondeu sim, indique quais: Mental Visual Motora Auditiva

Faça uma breve descrição do estado de saúde do(a) candidato(a):

Qual o motivo para a solicitação de resposta social?

Risco de isolamento social Vulnerabilidade socioeconómica e pobreza

Insuficiente rede de suporte familiar/social Dependência para as necessidades básicas

Outros motivos:

DADOS DO REPRESENTANTE (SE APLICÁVEL)

Grau de Parentesco ou Relação

Nome

Morada

Código-Postal Localidade

Telefone E-mail

Nº Cartão de Cidadão Nº Identificação Fiscal

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Ao submeter a presente candidatura, declara que leu e concorda com a Política de Privacidade do CIVAS <https://civas.pt/politica-de-privacidade/>

Sim, li e aceito a Política de Privacidade

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Declaramos que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autênticas, que não existe omissão de informação relevante e que nos comprometemos a informar o CIVAS – Centro para a Infância e Velhice da Senhora da Hora, de imediato, de qualquer alteração sobre as informações agora prestadas.

Data

Nome/Assinatura

NOTA INFORMATIVA

A candidatura só será validada após enviar para o e-mail de contacto mencionado neste formulário, e de forma devidamente identificada, uma *Declaração Médica* comprovativa do estado de saúde, patologias diagnosticadas, situação vacinal, alérgica, grupo sanguíneo e medicação.