

Ficha de Candidatura - Parte A



Data de Admissão: _____ Data de inscrição: _____ CD ☐
Nº de Entrada: _____ Nº de Cliente: _____ SAD ☐
ERPI ☐

Ponto de Situação da Inscrição:

1 - Dados de identificação do Cliente

Nome completo: _____
Nome a ser tratado: _____
Data de Nascimento: _____ Data de Comemoração: _____ Idade: _____ anos
Morada: _____
Código Postal: _____ Telefone Casa: _____
BI nº: _____ Telemóvel: _____
Nº Contribuinte: _____ Beneficiário SS nº: _____
SNS: _____
Cartão de Cidadão: _____ Validade: _____
Habilitações Literárias: _____ Estado Civil: _____

2 - Breve Caracterização Individual e Familiar do Cliente

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal	Rendimento Mensal
			Sim	Não		
Cliente						€
						€
						€
						€
Total						€

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

☐ Sim
☐ Não

3 - Situação Económica do Cliente

Rendimentos Mensais:	
Rendimento do Trabalho	€
Reforma	€
Pensão	€
Complemento por Dependência	€
Outros	€
Total:	€

Despesas Mensais:	
Medicação:	€
Renda de Casa	€
Consumos de água, gás, electricidade e telefone	€
Alimentação	€
Outros	€
Total:	€

4 - Dados de Identificação e Contactos da(s) Pessoa(s) Próximas do Cliente

Nome:		
Data de Nascimento:		Parentesco/Relação:
Morada:		
Código Postal:		
Telefone:		Ocupação:
Email:		
Nome:		
Data de Nascimento:		Parentesco/Relação:
Morada:		
Código Postal:		
Telefone:		Ocupação:
Email:		

5 - Rede Social e Suporte

O Candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?			
Sim	☐	Não	☐
Identifique o suporte existente do candidato:			
Diário e permanente	☐		
Diário pontual	☐		
Pontual	☐		
Inexistente	☐		
O cliente usufrui dos serviços de:			
(assinale com um X)			
Apoio domiciliário	☐	Identifique qual o estabelecimento?	
Centro de dia	☐		
Centro de convívio	☐		
Outro serviço	☐	Especifique qual, assim como o Estabelecimento:	

6 - Dependência do Cliente

Grau de dependência global do cliente	
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)	☐

7 - Motivo do pedido

--

8 - Visita às instalações

O cliente visitou as instalações:

Sim	☐
Não	☐
Mencione a razão da não visita às instalações:	
Nova agenda de visita: _____ / /	

9 - Foram entregues cópias de todos os documentos necessário?

Sim	☐	Não	☐
Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega			
Bilhete de Identidade	☐	Data da entrega	/ /
Nº de Contribuinte	☐	Data da entrega	/ /
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	☐	Data da entrega	/ /
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	☐	Data da entrega	/ /

10 - Critérios de selecção e priorização

☐	Vulnerabilidade económica-social	30 pontos
☐	Grau de degradação das condições habitacionais	25 pontos
☐	Isolamento	20 pontos
☐	Naturalidade ou residência no Concelho de Aveiro	15 pontos
☐	Antiguidade do pedido de admissão	10 pontos

Ficha de Candidatura - Parte B



Nome do cliente: _____

Nº de Cliente: _____

CD ☐

SAD ☐

ERPI ☐

1 - Avaliação sumária da área funcional do cliente

(assinale com um X)	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho	☐	☐	☐
Cuidados de imagem	☐	☐	☐
Vestir-se	☐	☐	☐
Ir ao WC	☐	☐	☐
Alimentação	☐	☐	☐
Apoio à mobilidade	☐	☐	☐
Continência	☐	☐	☐
Tratamento de roupas	☐	☐	☐
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)	☐	☐	☐
Aquisição de bens e serviços	☐	☐	☐
Toma medicamentosa	☐	☐	☐
Ocupação quotidiana do tempo	☐	☐	☐

2 - Serviços solicitados

Serviços solicitados	Qual?	Quando?		Periodicidade				Quantidade		
		Semana	Fim de semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1X	2X	3X
Cuidados de higiene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidados de imagem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Refeições	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apoio na refeição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidados de reabilitação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Assistência Medicamentosa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apoio Social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apoio Psicológico ao cliente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apoio Psicológico à família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Formação específica à família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tratamento de Roupas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apoio na Aquisição de Bens e Serviços	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento ao Exterior	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actividades Socioculturais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actividades quotidianas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actividades desportivas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro. Qual?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observações ou outras especificações

3 - Outras observações decorrentes da Entrevista Pré-Diagnóstica

4 - Avaliação sumária dos colaboradores apresentados e expectativas quanto ao relacionamento

5 - Observações e outras especificações

(aplicável ao SAD)

6 - Valor da Comparticipação familiar / mensalidade

_____ . _____ €

Assinaturas	
Cliente	Data: / /
Representante do cliente	Data: / /
Estabelecimento	Data: / /

7 - Confidencialidade de dados

☐ Autorizo a informatização dos dados contidos nesta ficha de candidatura para uso exclusivo da instituição Florinhas do Vouga

Data da inscrição:

Pela família:

BI/CC nº:

Validade:

Pelo estabelecimento:

