

1. RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA

Centro de Atividades Ocupacionais
 Lar Residencial

O Cliente já usufrui dos serviços de:

Lar Residencial

2. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome:

Morada: Localidade:

Código Postal: -

Data de Nascimento: Idade:

Estado Civil: Nacionalidade:

Profissão: Habilitações Literárias:

N.º de B./C.U. De: Arquivo de:

Beneficiário SS N.º: Contribuinte N.º:

SNS N.º: Subsistema de saúde

Sócio da Instituição N.º:

Contactos telefónicos do CLIENTE:

3. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Vive só
 Isolado geograficamente
 Em família (N.º de elementos agregado familiar:)

| Nome | Idade | Parentesco | Vive com o cliente | | Meio de vida principal | Rendimentos |
|-------|-------|------------|--------------------|-------|------------------------|-------------|
| | | | Sim | Não | | |
| | | | | | | € |
| | | | | | | € |
| | | | | | | € |
| | | | | | | € |
| Total | | | | | | € |

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

Sim Quem?

Não

4. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

| Rendimentos Mensais: | | Despesas Mensais: | |
|---|---|---|---|
| Reforma | € | Medicação | € |
| Pensão | € | Renda da Casa | € |
| Subsídio de bonificação por deficiência | € | Consumos de água, electricidade, gás e telefone | € |
| Subsídio mensal vitalício | € | Alimentação | € |
| Bonificação do abono de família (até aos 24 anos) | € | Outros | € |
| Outros | € | | |
| Total | € | Total | € |

5. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA (S) PESSOA (S) PRÓXIMA (S) DO CLIENTE

Nome:

Morada:

Código Postal: - Contactos Telefónicos:

Parentesco: Estado Civil: Data de Nascimento:

Ocupação:

Nome:

Morada:

Código Postal: - Contactos Telefónicos:

Parentesco: Estado Civil: Data de Nascimento: / /

Ocupação:

6. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização? Sim Qual? Não

O Cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver as atividades da vida diária? Sim Não

Breve caracterização dos cuidadores

| Nome | Idade | Parentesco | Vive com o Cliente? | |
|------|-------|------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | Sim | Não |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Atual suporte assegurado ao candidato

Diário e permanente
 Diário pontual
 Pontual
 Inexistente

O Cliente tem usufruído dos serviços e/ou esteve integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário: Estrutura Residencial Emprego Protegido Formação Profissional Outro Serviço

Qual(is)?

O Cliente possui declaração de interdição ou de inabilidade? Sim Não

Se sim, quem é o tutor?

Identificação do tutor: Parentesco/Relação:

7. MOTIVO DA INSCRIÇÃO E INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Resposta Solicitada: Temporária Permanente

8. ESPECIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO/A CANDIDATO/A

| Questões (assinale com x e especifique) | Sim | Não | Especifique-as |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Tipo de deficiência(s) e incapacidade(s) | | | |
| Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (e.g., funções mentais; estruturas relacionadas com o movimento) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (e.g., realizar auto cuidados; participar em associações formais) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Causa(s) da(s) deficiência(s) e incapacidade(s): | | | |
| Congénita(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Adquirida(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Conceitos (CIF):

Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)

Estruturas do corpo – partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.

Limitações da actividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção)

Restrição na participação – problemas que um indivíduo pode enfrentar, quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se participação como o envolvimento do indivíduo numa situação real.

| Características | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Sabe ler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sabe escrever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faz recados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anda de transportes públicos sozinho(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Come sozinho(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veste-se sozinho(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conhece o dinheiro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tem amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Isola-se | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| É agressivo(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| É passivo(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usa cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deficiência dos membros superiores (braços) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deficiência dos membros inferiores (pernas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deficiência mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deficiência auditiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deficiência visual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outras doenças* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Se sim, quais? _____

Médico Assistente:

Contacto:

9. CONTEXTO HABITACIONAL

Tipo de Habitação: Vivenda Apartamento Quarto Outra

Condições Habitacionais:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Água Canalizada | <input type="checkbox"/> Fogão | <input type="checkbox"/> Micro- Ondas |
| <input type="checkbox"/> Luz | <input type="checkbox"/> Frigorífico | <input type="checkbox"/> Rádio |
| <input type="checkbox"/> Rede de Esgotos | <input type="checkbox"/> Esquentador | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Gás | <input type="checkbox"/> Máquina de Lavar Roupa | <input type="checkbox"/> Vídeo/DVD |
| <input type="checkbox"/> Aquecimento | <input type="checkbox"/> Máquina de lavar Louça | <input type="checkbox"/> Telefone / Telemóvel |

10. OBSERVAÇÕES (Assinale outras observações importantes sobre o CLIENTE)

11. DOCUMENTOS ENTREGUES

Foram entregues cópias de todos os documentos necessários? Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega:

| | | | |
|--|--------------------------|-----------------|---------------------|
| Bilhete de Identidade / C.U. | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| N.º Contribuinte | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| Cartão de Beneficiário ou Pensionista | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| Cartão do Serviço Nacional de Saúde | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| Boletim de Vacinas | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| Comprovativo de Rendimentos | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| Relatório de "Avaliação e Certificação da Situação de Deficiência" | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| Declaração do Tribunal com nomeação do tutor | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| Outros. Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega | _____ / ____ / ____ |
| _____ | | | |

12. ASSINATURAS

Data de preenchimento: _____ / ____ / ____

Assinatura do cliente/significativo: _____

Assinatura do(s) Técnico(s): _____