

	ASSOCIAÇÃO LUIZ PEREIRA MOTTA		Revisão: 03
	Ficha de Candidatura – CACI e LR		Código: F.SEC.01.02
	Elaborado por: Assessora Direção Data: 03/10/2025		Aprovado por: Direção Técnica Data: 08/10/2025

FICHA DE CANDIDATURA – CACI/LR

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Resposta social ⁽¹⁾ CACI ☐ LR ☐

Data da candidatura Válida até Data de admissão

Nº da candidatura Nº do processo Individual

Sócio ☐ Não Sócio ☐ Proposta em simultâneo ☐

Ponto situação da candidatura:

Motivo da candidatura:

⁽¹⁾ CACI (Centro Atividades e Capacitação para a Inclusão) | LR (Lar Residencial)

DADOS A PREENCHER PELO(A) CANDIDATO(A) OU SEU REPRESENTANTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Nome completo:

Nome pelo qual deve ser tratado:

Data de nascimento: Idade: Sexo:

Morada:

Código Postal: Localidade:

Telefone: Telemóvel:

Email:

BI | cartão de cidadão: Validade: NIF:

NISS: SNS:

Grupo sanguíneo: RH:

Habilitações literárias:

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATO(S) DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO(A) CANDIDATO(A) ⁽¹⁾

(1) - Pessoa (s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.

(2) - Parentesco – pai, mãe, cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro.

Nome:

Parentesco/ relação⁽²⁾: Data de nascimento:

Profissão: Local de trabalho:

Morada:

Código postal: Localidade:

Telefone: Telemóvel:

Cartão de cidadão: NIF:

Email:

Autorizo a utilização do meu email para envio de informação referente à divulgação de atividades da ALPM. Sim ☐ Não ☐

Nome:

Parentesco/ relação⁽²⁾: Data de nascimento:

Profissão: Local de trabalho:

Morada:

Código postal: Localidade:

Telefone: Telemóvel:

Cartão de cidadão: NIF:

Email:

Autorizo a utilização do meu email para envio de informação referente à divulgação de atividades da ALPM. Sim ☐ Não ☐

Existem familiares a frequentar outras respostas sociais da ALPM: (assinale com X)

Sim ☐
Não ☐

Se sim, indique o nome:

E a resposta social:

3. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O(A) candidato(a) está em casa (assinale com X)

Sim ☐
Não ☐

O(A) candidato(a) frequenta e/ou foi encaminhado(a) por outra Instituição (assinale com X)

Sim ☐
Não ☐

Qual:

Resposta social:

Candidato(a) I Agregado familiar é beneficiário de RSI I Ação Social (assinale com X)

Sim ☐
Não ☐

Técnico/a de acompanhamento:

Candidato(a) I Agregado familiar com processo em acompanhamento por outra entidade de apoio social (CPCJ, ECJ, IRS, CAT...) (assinale com X)

Sim ☐
Não ☐

Qual/quais:

4. DADOS DO AGREGADO FAMILIAR

Composição do agregado familiar (Identificação das pessoas que residem com o(a) candidato(a) habitualmente, no caso de **LR**, se existir, indicar os descendentes de 1º grau de linha reta ou de outros herdeiros legítimos)

Nome	Parentesco	Contacto	Idade	Rendimento mensal líquido
Sub-Total				
Outros rendimentos				
Total				

Tipo de habitação/propriedade			
Própria	☐	Vivenda	☐
		Andar	☐
		Parte da Casa	☐
		Quarto	☐
Alugada	☐	Barraca	☐
		Outra	☐
		Qual:	☐

Encargos Fixos(1)	
Habitação:	
Saúde:	
Transportes:	
Total(1):	

(1) O montante total de despesas fixas a considerar não poderá exceder o Rendimento Mínimo Mensal (R.M.M.).

5. CARACTERIZAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Possui algum relatório (clínico, psicológico) (assinale com X)

Sim	☐
Não	☐

Qual/quais?

Grau de dependência global (assinale com X)

- ☐ Autónomo, não necessita de apoio em nenhuma atividade diária
- ☐ Necessita de pequenos apoios nas atividades diárias e apoio à mobilidade
- ☐ Necessita de apoio na higiene pessoal, na alimentação e na mobilidade
- ☐ Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)
- ☐ Acamado(a)

É lúcido(a) e orientado(a)
(assinale com X)

Sim	☐
Não	☐

Identifique as rotinas do dia-a-dia o(a) candidato(a) consegue executar sem ajuda/apoio de outro
(por exemplo: fazer a sua higiene; cozinhar; alimentar-se; ir para casa; etc.)

Identifique as ações do dia-a-dia que o(a) candidato(a) não consegue executar sem ajuda/apoio de outro (por exemplo: lavar os dentes; abotoar as calças; beber água, etc.)

Tipo de deficiência/ incapacidade:

Intelectual	☐	Auditiva	☐
Motora	☐	Visual	☐
Multideficiência	☐	Se outras, quais _____	

Necessita de algum apoio especial:
(assinale com X)

Sim	☐
Não	☐

Especifique o tipo de apoio:

Motivo pelo qual se candidata (breve exposição)

Quem solicita a candidatura

6. OUTRAS INFORMAÇÕES

Necessita de apoio de transporte:
(assinale com X)

Sim	☐
Não	☐

Especifique: Manhã ☐
Tarde ☐

Na eventualidade de não haver vagas pretende ficar em lista de espera (assinale com X)

Sim	☐
Não	☐

Observações:

7. DOCUMENTOS

Assinale com X

Documentos a apresentar no ato da candidatura

- ☐ Declaração de IRS do(a) candidato(a) e respetiva nota de liquidação;
- ☐ Valor da pensão/pensões ou rendimento do(a) candidato(a);
- ☐ Declaração anual de pensões ou, na ausência de rendimentos, uma declaração comprovativa da Segurança Social;
- ☐ Cadernetas prediais atualizadas, caso existam, ou declaração das Finanças comprovativa da não existência de valor patrimonial registado;
- ☐ Declaração de IRS e respetiva nota de liquidação do agregado familiar; ou em caso de recebimento de subsídio de desemprego declaração passada pela Segurança Social com o valor diário;
- ☐ Valor da renda de casa ou de prestação mensal pela aquisição de habitação própria;
- ☐ Despesas com aquisição de medicamentos de usos continuados relativas ao candidato(a), em caso de doença crónica, justificada através de declaração médica atualizada.

- ☐ **Declaro que para efeitos de cálculo de mensalidade que não entrego a documentação solicitada ficando sujeito à aplicação da comparticipação máxima definida para a resposta social.**

Assinatura: _____ CC _____

- ☐ Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão;
- ☐ N.º de Contribuinte;
- ☐ Cartão de beneficiário da Segurança Social ou Pensionista (NISS);
- ☐ Cartão do Serviço Nacional de Saúde;
- ☐ Relatório médico, comprovativo do quadro clínico/saúde do utente incluindo terapêutica e posologia;
- ☐ Atestado médico de incapacidade Multiuso.

Declaro o meu consentimento livre e informado relativo ao uso da informação clínica, uma vez que a mesma é essencial para conhecimento do estado de saúde do candidato.

Assinatura: _____

8. ASSINATURAS

Notas

1. A assinatura da presente ficha implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno da resposta social, assim como a veracidade das declarações prestadas. Falsas declarações implicam a anulação automática da candidatura
2. O registo e o tratamento dos dados é efetuado respeitando o Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.
3. Após admissão autorizo a reprodução deste impresso para anexar ao processo individual do(a) utente.
4. Esta candidatura só é válida quando acompanhada de todos os documentos e comprovativos indicados. Terá a validade de um ano, caso não seja renovada, será destruída juntamente com toda a documentação anexa.

Candidato(a)			
BI/ C Cidadão Nº	_____	Validade	_____
Emitido em	_____	Arq. Ident. de	_____
		Data:	/ /

Responsável			
BI/ C Cidadão Nº	_____	Validade	_____
Emitido em	_____	Arq. Ident. de	_____
		Data:	/ /

Instituição			
		Data:	/ /

COMPROVATIVO DE CANDIDATURA: após verificação de documentos e informações será entregue ao(à) candidato(a) ou a quem o represente neste ato documento comprovativo.

9. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

1. Demonstrar interesse em frequentar a resposta de Lar Residencial;
2. Residir na área de intervenção do CACI;
3. Estar em risco, isolamento e/ou ausência de suporte familiar e/ou risco social;
4. Limitações da estrutura familiar (relações familiares precárias e conflituosas, elevada faixa etária dos elementos da estrutura familiar e/ou prestador de cuidados, incapacidade dos pais para prestar apoio ao desenvolvimento);
5. Condições socioeconómicas, privilegiando as pessoas social e economicamente mais desfavorecidas;
6. Possuir familiares a frequentar outras respostas da ALPM;
7. O grau de adequação da resposta às necessidades e expectativas do candidato;
8. Grau de deficiência/funcionalidade.

	ASSOCIAÇÃO LUIZ PEREIRA MOTTA		Revisão: 02
	Declaração de Consentimento de Uso de Dados e Reprodução em Fotocópia de Documentos		Código: D.SEC.01
	Elaborado por: Secretaria Data: 28/02/2025	Aprovado por: Direção Técnica Data: 05/03/2025	

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE USO DE DADOS E REPRODUÇÃO EM FOTOCÓPIA DE DOCUMENTOS

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do Cartão de Cidadão/Tít. Residência/BI nº _____, válido até ____/____/____, residente em _____, na qualidade de candidato/utente/encarregado (riscar o que não interessa) de educação/responsável/representante legal, consinto para efeitos de candidatura ou admissão, o uso dos seguintes dados, assim como a reprodução em fotocópia dos seguintes documentos:

Área de Infância

- Doc. de identificação⁽¹⁾ _____
- Doc. para cálculo de mensalidade⁽²⁾ _____
- Regulação do poder paternal _____
- Despesas de saúde⁽³⁾ _____

Área de Idosos/Área da Deficiência

- Doc. de identificação⁽¹⁾ _____
- Doc. para cálculo de mensalidade⁽²⁾ _____
- Despesas de saúde⁽³⁾ _____

Declaro ainda que o meu consentimento é livre e informado tendo sido devidamente esclarecido(a) em relação à natureza da utilização do uso de dados e das reproduções em fotocópia, os quais não serão partilhados ou distribuídos a terceiros, salvo nos casos permitidos por lei, e aos organismos responsáveis pela tutela das respostas sociais da Instituição (Segurança Social, Ministério da Educação, Seguro, etc.).

Loures, ____ de _____ de _____

Nome do Candidato/Utente

Assinatura do Utente

Assinatura do Enc. de Educação/Responsável/Representante

Legenda:

- ⁽¹⁾ Cartão de Cidadão/Tít. de Residência/BI; NIF; NISS; SNS; (candidato/enc. de educação/responsável/representante legal).
- ⁽²⁾ Recibos de vencimento; comprovativos de pensão; IRS e nota de liquidação; empréstimo bancário para aquisição de habitação/recibo de renda de casa e contrato de arrendamento registado nas Finanças; fotocópia de passe.
- ⁽³⁾ Despesas com aquisição de medicamentos de uso continuado relativa ao candidato(a), em caso de doença crónica, justificada por declaração médica atualizada.