

	ASSOCIAÇÃO LUIZ PEREIRA MOTTA	Revisão: 02
	Ficha de Candidatura – E.R.P.I./Centro de Dia/S.A.D.	Código: F.SEC.01.03
	Elaborado por: Secretaria Data: abril/2020	Aprovado por: Direção Técnica Data: abril/2020

## FICHA DE CANDIDATURA – E.R.P.I./CENTRO DE DIA/S.A.D.

### DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Resposta Social: a)

Data de Inscrição:  Validade da Inscrição:  Data de Admissão:

Nº de Inscrição:  Nº de Sócio:  Nº do Processo Individual:

Ponto situação da inscrição:

Motivo da inscrição:

- (a) - ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) | SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) | CD (Centro de Dia). Na situação de candidatura para ERPI, indicar o equipamento.  
Exemplo: ERPI - Loures / ERPI - Santa Tecla ou Loures e Santa Tecla

### DADOS A PREENCHER PELO CANDIDATO OU SEU REPRESENTANTE

#### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

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:  Cartão de Candidato | SNS:

Grupo Sanguíneo:  RH:

Habilitações Literárias:

**2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CANDIDATO <sup>(1)</sup>**

Nome:

Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:  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 Instituição. Sim  Não

Assinatura \_\_\_\_\_

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

(2) - Parentesco - Cônjuge, filho/a , neto/a, irmão/ã, outro; Relação - amigo/a, vizinho/a, voluntário/a, outro

Nome:

Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:  Data de nascimento:

Profissão:  Local de Trabalho:

Morada:

Código Postal:  Localidade:

Telefone:  Telemóvel:

Email:

Autorizo a utilização do meu email para envio de informação referente à divulgação de atividades da Instituição. Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

- (1) - Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros  
(2) - Parentesco - Cônjuge, filho/a , neto/a, irmão/ã, outro; Relação - amigo/a, vizinho/a, voluntário/a, outro

**Familiares a frequentar outras Respostas Sociais da ALPM:**  
(assinale com uma X)

Sim

Não

Se sim, indique o nome:

E a Resposta Social:

**Candidato que necessite de algum apoio especial:**  
(assinale com uma X)

Sim

Não

Especifique o tipo de apoio:

### 3. REDE SOCIAL DE SUPORTE

**O Candidato foi encaminhado por outra Instituição?** (assinale com um X)

Sim

Não

Qual?

**Candidato | Agregado Familiar Beneficiário de RSI | Ação Social?** (assinale com um X)

Sim

Não

Técnico/a de Acompanhamento:

**Candidato | Agregado Familiar com Processo em acompanhamento por outra entidade de apoio social (CPCJ, ECJ, IRS, CAT...)** (assinale com um X)

Sim

Não

Qual/quais:

O Candidato possui algum relatório (clínico, psicológico)? (assinale com um X)

Sim

Não

Qual/quais?

#### 4. DADOS DO AGREGADO FAMILIAR

##### Composição do Agregado Familiar (Preencher apenas para SAD e CD)

(Identificação das pessoas que residem com o candidato habitualmente, no caso de ERPI indicar a relação dos descendentes de 1º grau de linha reta ou de outros herdeiros legítimos)

Nome	Parentesco	Contacto	Idade	Rendimento Mensal Líquido
<b>Sub-Total</b>				
<b>Outros rendimentos</b>				
<b>Total</b>				

Tipo de Habitação/Propriedade	
Própria <input type="radio"/>	Vivenda <input type="radio"/>
	Andar <input type="radio"/>
	Parte da Casa <input type="radio"/>
	Quarto <input type="radio"/>
Alugada <input type="radio"/>	Barraca <input type="radio"/>
	Outra <input type="radio"/>
	Qual: <input type="radio"/>

Encargo Fixos(1)	
Habitação:	
Saúde:	
Transportes:	
<b>Total(1):</b>	

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

## 5. RESPOSTA SOCIAL A QUE SE CANDIDATA

- |                  |                       |                                |                       |
|------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| ERPI Loures      | <input type="radio"/> | Apoio Domiciliário Loures      | <input type="radio"/> |
| ERPI Santa Tecla | <input type="radio"/> | Apoio Domiciliário Santa Tecla | <input type="radio"/> |
| Centro de Dia    | <input type="radio"/> |                                |                       |

No caso de se candidatar ao **Serviço de Apoio Domiciliário** indicar os serviços que está interessado(a):

- |                             |                       |  |                       |
|-----------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| Alimentação 2ª a 6ª feira   | <input type="radio"/> | Tratamento de Roupa 1 x semana                       | <input type="radio"/> |
| Alimentação Sáb. e Dom.     | <input type="radio"/> | Higiene Habitacional 1 x por semana                  | <input type="radio"/> |
| Higiene Pessoal 1 x dia     | <input type="radio"/> | Serviços de Animação e socialização                  | <input type="radio"/> |
| Higiene Pessoal 2 x dia     | <input type="radio"/> | Assistência Medicamentosa                            | <input type="radio"/> |
| Higiene Pessoal Sáb. e Dom. | <input type="radio"/> | Acompanhamento a consultas<br>(quando se justifique) | <input type="radio"/> |

**Nota 1:** Nº de serviços mínimos: 2

**Nota 2:** Sujeito à disponibilidade de vaga em conformidade com o acordo com a Segurança Social

No caso de se candidatar ao **Centro de Dia** indicar os serviços em que está interessado(a):

- |                     |                       |                           |                       |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Transporte          | <input type="radio"/> | Assistência Medicamentosa | <input type="radio"/> |
| Tratamento de Roupa | <input type="radio"/> | Fisioterapia              | <input type="radio"/> |

**Nota:** Sujeito à disponibilidade de vaga em conformidade com o acordo com a Segurança Social

## 6. DEPENDÊNCIA DO CANDIDATO

Grau de dependência global do Candidato (assinale com 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.)
- Acamado
- Lúcido e Orientado

**7. FORAM ENTREGUES TODOS OS DEPENDÊNCIA DO CANDIDATO**

Sim  Não

Assinale quais os documentos entregues

**1- Documentos a apresentar no ato da inscrição**

- Declaração de IRS do utente e respetiva nota de liquidação
- Valor da pensão ou rendimento do utente
- 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 (apenas para SAD e Centro de Dia)
- Despesas com aquisição de medicamentos de usos continuados relativas ao utente, 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 \_\_\_\_\_

**2- Documentos a apresentar no ato da admissão**

- 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

Documentos em falta

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 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 (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, 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. Autorizo a reprodução deste impresso para anexar ao processo individual do idoso.
4. Esta inscrição só é válida quando acompanhada de todos os documentos e comprovativos indicados. Terá a validade de um ano, só podendo continuar a ser considerada antes do prazo de validade.

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

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

Instituição		Data:	/ /
-------------	--	-------	-----