

 	ASSOCIAÇÃO LUIZ PEREIRA MOTTA	Revisão: 03
	Ficha de Candidatura – E.R.P.I./Centro de Dia/S.A.D.	
	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) E.R.P.I. Loures E.R.P.I. Santa Tecla Centro de Dia SAD

Data da candidatura: Válida até:

Nº da candidatura: Nº de Sócio: Nº do processo individual:

Ponto situação da candidatura:

Motivo da candidatura:

(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 ou ERPI – Santa Tecla.

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: Género:

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 CONTACTO(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 ERPI, 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				

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"/>
			<input type="radio"/>

Total	
Encargo 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 <input type="radio"/>
Não <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/>
Não <input type="radio"/>

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 incapacidade:

- Possui Atestado de Incapacidade Grau _____%
- Intelectual Auditiva
- Motora Visual
- Multideficiência Se outras, quais _____

Motivo pelo qual se candidata (breve exposição)

Quem solicita a candidatura

6. RESPOSTA SOCIAL A QUE SE CANDIDATA

- ERPI Loures Apoio Domiciliário Loures
- ERPI Santa Tecla Apoio Domiciliário Santa Tecla
- Centro de Dia

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

- Alimentação 2ª a 6ª feira Tratamento de roupa 1 x semana
- Alimentação sáb. e dom. Higiene habitacional 1 x por semana
- Higiene pessoal 1 x dia Serviços de animação e socialização
- Higiene pessoal 2 x dia Assistência medicamentosa
- Higiene pessoal sáb. e dom. Acompanhamento a consultas
(quando se justifique)

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 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

7. DOCUMENTOS

Assinale com X

Documentos a apresentar no ato da candidatura

- Declaração de IRS do(a) candidato(a) e respetiva nota de liquidação; em caso de candidatura a ERPI, é necessária apresentação destes documentos também por parte dos descendentes
- Valor da pensão 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; caso receba subsídio de desemprego, quando a candidatura é à resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia, tem de entregar também 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 _____

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, só podendo continuar a ser considerada antes do prazo de validade.

Candidato(a)			
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:	/ /
-------------	--	-------	-----

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