

	<p>ASSOCIAÇÃO LUIZ PEREIRA MOTTA</p>	<p>Revisão: 02</p>
	<p>Ficha de Candidatura – CACI e LR</p>	<p>Código: F.SEC.01.02</p>
	<p>Elaborado por: Assessora Direção Data: 27/02/2025</p>	<p>Aprovado por: Direção Técnica Data: 05/03/2025</p>

FICHA DE CANDIDATURA – CACI/LR

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Resposta social: a) CACI LR

Data da candidatura: Válida até: Data de admissão:

Nº da candidatura: Nº de sócio: Nº do processo Individual:

Ponto situação da candidatura:

Motivo da candidatura:

(a) – 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	<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"/>

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	<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 deficiência/ incapacidade:

Intelectual	<input type="radio"/>	Auditiva	<input type="radio"/>
Motora	<input type="radio"/>	Visual	<input type="radio"/>
Multideficiência	<input type="radio"/>	Se outras, quais _____	

Necessita de algum apoio especial:
(assinale com X)

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

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

Especifique: Manhã
Tarde

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

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

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;
- Nº 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 _____	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.

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.