



## FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de Inscrição: \_\_/\_\_/\_\_

N. Entrada: \_\_\_\_\_

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Telefone Casa: \_\_\_\_\_

BI/CC: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_ SNS: \_\_\_\_\_

### 2. MOTIVO DO PEDIDO

Lar residencial

Residência autónoma

Modalidade:

Temporária  Permanente

**Fundamentação:**

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

**Nome:** \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

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

Sim  Quem? \_\_\_\_\_

Não

**4. REDE SOCIAL DE SUPORTE**

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim  Qual? \_\_\_\_\_

Não

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:	
	Identifique qual o Estabelecimento:
Apoio domiciliário	<input type="radio"/> _____
Lar Residencial	<input type="radio"/>
Emprego Protegido	<input type="radio"/>
Formação Profissional	<input type="radio"/>
Outro serviço	<input type="radio"/>
Tem suporte familiar	
Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Quem?	

## 5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) DEFICIÊNCIA(S) E INCAPACIDADE(S)

Tipo de deficiência(s) e incapacidade(s):			
	Sim	Não	Especifique-as:
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Causa(s) da(s) deficiência(s) e incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## 6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim  Não

Assinale quais os documentos em falta	
Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>
Cartão da Segurança Social ou Pensionista	<input type="radio"/>
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>
Informações médicas	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>

## 7. ASSINATURAS

Cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Significativo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Organização: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_