

## FICHA DE INSCRIÇÃO

DATA DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

N.º ENTRADA: \_\_\_\_/202\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

N.º DE CLIENTE:

DATA DE SAÍDA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

(a preencher pela Equipa Técnica do SAVI)

### 1. DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

#### 1.1. DADOS PESSOAIS

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Contacto/s: \_\_\_\_\_

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Cartão de Identificação n.º: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

SNS: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### 1.2. CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Parentesco	Nome	Idade	Profissão
Próprio			

#### 1.3. FONTES DE RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR

Pensão/ Subsídio ☐ Bolsa de formação ☐ Ajuda de familiares ☐  
Salário ☐ Obs.: \_\_\_\_\_

#### 1.4. APOIOS FINANCEIROS E SUBSÍDIOS DE AÇÃO SOCIAL

Subsídio de Assistência de 3.ª pessoa ☐

Complemento por Dependência ☐

Outro/s ☐

Qual/Quais? \_\_\_\_\_

#### 1.5. RESPOSTAS SOCIAIS

*Atualmente, encontra-se integrado em alguma das seguintes respostas sociais?*

CAO ☐ Lar Residencial ☐ Acolhimento familiar para pessoas com deficiência ☐

SAD ☐ Em que atividades? \_\_\_\_\_

Outro/s ☐ Qual/Quais? \_\_\_\_\_

#### 1.6. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – PROFISSIONAL

##### Situação face ao emprego

Nunca trabalhou ☐ Empregado/a ☐ 1.º Emprego ☐

Doméstica ☐ Desempregado/a ☐ Duração do desemprego: \_\_\_\_\_

##### Situação social

Beneficiário do R.S.I. ☐ Subsídio de Desemprego ☐ Abono de família ☐

Pensão de Invalidez ☐ Reforma ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**Técnico/a de Serviço Social/Assistente Social:** \_\_\_\_\_

#### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DE PESSOA PRÓXIMA DO/A CANDIDATO/A

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

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

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

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Contacto/s:** \_\_\_\_\_ **Ocupação:** \_\_\_\_\_

#### 3. MOTIVO DO PEDIDO/ FUNDAMENTAÇÃO

*(Breve descrição da deficiência que possui e da situação familiar e social atual. Breve descrição das atividades em que necessita do apoio da assistência pessoal, em que horário e duração)*

**4. NECESSIDADES AO NÍVEL DA ASSISTÊNCIA PESSOAL** (a preencher pela Equipa Técnica do SAVI)

Atividades	Descrição	Grau de Autonomia <sup>(1)</sup>	N.º Horas Semanais previstas
<b>Apoio na higiene, alimentação, manutenção da saúde e de cuidados pessoais</b>			
<b>Apoio em Assistência Doméstica</b>			
<b>Apoio em deslocações</b>			
<b>Acompanhamento/ Mediação</b>			
<b>Apoio à participação e cidadania</b>			
<b>Outras</b>			

(1) CA – Consegue realizar com ajuda;  
TD – Totalmente dependente de apoio.

**5. CARACTERIZAÇÃO DA/S DEFICIÊNCIA/S E INCAPACIDADE/S**

<b>Tipo de deficiência/s e incapacidade/s:</b>	<b>Sim</b>	<b>Comprovativo</b>
Deficiência Intelectual	<input type="radio"/>	Atestado Médico de Incapacidade Multiusos (____%) <input type="radio"/>
Doença Mental	<input type="radio"/>	
Perturbação do Espectro do Autismo	<input type="radio"/>	Cartão de Deficiente das Forças Armadas <input type="radio"/>
Deficiência motora/sensorial (grau de incapacidade igual ou superior a 60%)	<input type="radio"/>	Declaração Médica <input type="radio"/> (Especialista: _____)

**6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?***(a preencher pela Equipa Técnica do SAVI)*Sim ☐ Não ☐

<b>Assinale quais os documentos em falta</b>	<b>Não</b>
Comprovativo de Deficiência	<input type="radio"/>
Histórico de apoios financeiros da Segurança Social	<input type="radio"/>
Outro/s:	<input type="radio"/>
<b>Obs.:</b>	

**7. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DO/A BENEFICIÁRIO/A** *(a preencher pela Equipa Técnica do SAVI)*

<b>Requisitos</b>	<b>Cumpre</b>
Idade (igual ou superior aos 16 anos)	<input type="radio"/>
Comprovativo de deficiência ou incapacidade	<input type="radio"/>
Não beneficia de subsídio por assistência a Terceira pessoa ou complemento por dependência	<input type="radio"/>
Não beneficia de outros apoios financeiros e subsídios de ação social atribuídos pelo estado	<input type="radio"/>

**8. AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO** *(a preencher pela Equipa Técnica do SAVI)*

<b>Critérios</b>	<b>Ponderação (%)</b>	<b>Possuí</b>
Isolamento Social / Ausência de rede de suporte	(30%)	<input type="radio"/>
Adequação das necessidades à vaga existente e aos horários de atividades a disponibilizar	(25%)	<input type="radio"/>
Situação económica desfavorecida	(20%)	<input type="radio"/>
Grau de dependência ao nível das necessidades solicitadas	(15%)	<input type="radio"/>
Área de abrangência: Concelho de espinho e concelhos limítrofes	(10%)	<input type="radio"/>
<b>Total</b>		

## 9. DECLARO QUE TOMEI CONHECIMENTO

- A Cerciespinho assegura a proteção e confidencialidade de todos os dados pessoais solicitados ao/à cliente, ao abrigo da política e procedimentos de proteção de dados, constantes no Manual de Gestão da Proteção de Dados. Informa ainda que, o acesso, tratamento e comunicação de dados a entidades públicas se fundamenta em obrigações legais e contratuais sustentadas pela legislação da Entidade Financiadora, da Entidade Gestora e pela legislação específica do Modelo de Apoio à Vida Independente; ○

- Autorizo a publicação de imagens ou vídeos onde eu esteja presente, para divulgação de atividades, campanhas e eventos promovidos pelo SAVI, através de diversos meios nomeadamente internet, cartazes, pequenos filmes, meios de comunicação social, entre outros, no sentido da promoção dos direitos das pessoas com deficiência e incapacidade, bem como dos serviços prestados pelo SAVI. ○

## 10. ASSINATURAS

Candidato/a: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

## 11. PARECER TÉCNICO *(a preencher pela Equipa Técnica do SAVI)*

Técnico/a: \_\_\_\_\_ Diretor/a Técnica: \_\_\_\_\_