

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

(1) CA – Consegue realizar com ajuda;

TD – Totalmente dependente de apoio.

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

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

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

(a preencher pela Equipa Técnica do SAVI)

Sim Não

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

Obs.:

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

Requisitos	Cumpre
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)

Critérios	Ponderação (%)	Possuí
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"/>
Total		

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. O

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: _____