



CENTRO DE APOIO SOCIAL

FREGUESIA DE SÃO GREGÓRIO

Creche | Serviço de Apoio Domiciliário

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4- Motivo do Pedido

Resposta Solicitada	
Temporária <input type="checkbox"/>	Motivo <input type="text"/>
Permanente <input type="checkbox"/>	

5- Encaminhamento da Situação

Hospital <input type="checkbox"/>	Centro Saúde <input type="checkbox"/>	Segurança Social <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Próprio <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------

6- Rede Social/Suporte

O utente necessita de suporte para satisfazer as suas AVD's? Sim Não

Periodicidade do suporte actualmente existente	
Diário e permanente <input type="checkbox"/>	Pontual <input type="checkbox"/>
Diário e Pontual <input type="checkbox"/>	Inexistente <input type="checkbox"/>

Prestadores de Cuidados Informais	
Familiares	Outros
Cônjuge <input type="checkbox"/> Nora <input type="checkbox"/> Genro <input type="checkbox"/>	Vizinhos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/>
Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	Voluntários <input type="checkbox"/>

Prestadores de Cuidados Formais	
SAD <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/>	
Centro Dia <input type="checkbox"/> Outro Serviço <input type="checkbox"/>	Qual? _____

7- Grau isolamento social (existência/ausência de uma rede de interações que facilitem a integração social e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade)

Contactos Sociais	Diários (1)	Regulares (1x/semana) (2)	Pontuais(1x/mês) (3)	Sem Contactos (ou 1/2 x/ano) (4)
Família				
Amigos				
Vizinhos				
Outros*				

*Cuidadores formais, apoio 3ª pessoa, serviços

8 - Situação Funcional/Dependência

<input type="checkbox"/> Autonomo, não necessita de ajuda
<input type="checkbox"/> Necessita de pequenos apoios na vida diária e no apoio à mobilidade
<input type="checkbox"/> Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida diária e na mobilidade
<input type="checkbox"/> Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)



9- Caracterização da(s) Incapacidade(s)

Questões	Sim	Não	Especifique
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas), por ex. funções auditivas, estruturas da coluna vertebral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verificam-se limitações da actividade ou restrições de participação (por ex. andar distâncias longas, participar em actividades de grupo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utiliza produtos/tecnologias de apoio (ajudas técnicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Causas das Incapacidades	Sim	Não	Especifique
Congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Adquiridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

10- Foram entregues cópias de todos os documentos? Sim Não

Quais os documentos em falta e respectiva data de entrega		
<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade	Data de entrega	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cartão de beneficiário/pensionista	Data de entrega	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cartão de Saúde	Data de entrega	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N° Contribuinte	Data de entrega	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Relatório Médico	Data de entrega	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Declaração rendimentos	Data de entrega	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

11- Visita de avaliação do domicílio (no caso de SAD) / /

Assinaturas	Data
Utente:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Representante Legal:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Instituição:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>



COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO

Declara-se que recebemos a Ficha de Inscrição nº _____ do Sr.(a) _____ para o processo de candidatura à Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário.

Data: / /

A INSTITUIÇÃO _____