

TIPO DE RESPOSTA SOCIAL A QUE SE CANDIDATA

- Qual a Resposta Social a que se candidata:
(assinale com um X)

Serviço de Apoio Domiciliário

(Dados a preencher pelos serviços da A.U.R.P.I.S)

Data de Inscrição:

Nº de Inscrição:

Data Admissão:

Nº de Cliente:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: _____ Naturalidade : _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ Telefone Casa: _____ Telemóvel: _____

B.I./Cartão Cidadão N.º: _____ NIF: _____

Regime da Segurança Social/CGA: _____ Nº Beneficiário/NISS: _____ Sub - Sistema de Saúde: _____

Utente SNS/ADSE Nº: _____ Centro de Saúde: _____ Médico de Família: _____

Rendimento Mensal: _____ Sócio da A.U.R.P.I.S. NÃO SIM Número: _____

Ultima Profissão: _____ Idade com que deixou de trabalhar _____ Escolaridade: _____

2. PESSOA DE REFERÊNCIA DO CLIENTE

Nome: _____

Data Nascimento: _____ Parentesco/Relação: _____

Morada: _____ Código Postal: _____

Ocupação: _____ Telefone do Trabalho: _____

E-mail: _____ Telemóvel: _____ Vive com o Cliente: NÃO SIM

3. OUTRO FAMILIAR /PESSOA DE CONTATO

Nome: _____

Data Nascimento: _____ Parentesco/Relação: _____

Morada: _____ Código Postal: _____

Ocupação: _____ Telefone do Trabalho: _____

E-mail: _____ Telemóvel: _____ Vive com o Cliente: NÃO SIM

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

Neste momento quem presta apoio ao cliente? _____

O Cliente usufrui de algum dos seguintes serviços?

Apoio Domiciliário Centro de Dia Centro de Convívio Outro Serviço Nenhum

Se Outro Qual? _____ Em que Estabelecimento? _____

5. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE (assinale com um X)

Autónomo, não precisa de apoio

Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade

Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (acamado)

6. PROBLEMAS DE SAÚDE DO CLIENTE (assinale com um X)

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Respiratórios <input type="radio"/> | Intestinais <input type="radio"/> | Doença Psiquiátrica <input type="radio"/> |
| Reumáticos <input type="radio"/> | Doenças infecto-contagiosas <input type="radio"/> | Doença Neurológica <input type="radio"/> |
| Cardíacos <input type="radio"/> | Diabetes <input type="radio"/> | Deficiência Mental <input type="radio"/> |
| Hipertensão <input type="radio"/> | Auditivos <input type="radio"/> | |
| Urinários <input type="radio"/> | Visão <input type="radio"/> | |

7. MOTIVO DO PEDIDO

Fundamentação do pedido: _____

Serviços Pretendidos:

Alimentação Sim Não **Higiene Habitacional** Sim Não **Diligências** Sim Não
Higiene Pessoal Sim Não **Tratamento da Roupa** Sim Não

DATA: Seixal, _____ de _____ de 20____

ASSINATURAS

Cliente: _____

Pessoa de Referência do Cliente: _____