



Ficha de Inscrição Sénior

Data de Inscrição:

 / /

Data de Admissão:

 / / Resposta Social: ERPI CD SAD

Ponto de Situação da Inscrição

- Admitido
- Não admitido, mas interessada em ingressar (lista de espera)
- Não admitida e anulada a inscrição pelo potencial cliente/pessoa de referência
- Não admitida e anulada a inscrição por não respeitar requisitos

Nº Processo:

Parte I: Recolha dos Dados

1. Dados da identificação do cliente

Nome Completo:

Nome a ser tratado:

Naturalidade

Data de Nascimento:

Data de Comemoração

Idade:

Morada:

Código Postal:

Telefone de Casa:

BI/CC N.º:

Telemóvel:

N.º de Contribuinte:

Email:

Beneficiário SS n.º:

SNS:

2. Dados e identificação e contatos da(s) pessoa(s) próxima(s)¹ do cliente

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal:

Telefone de Casa:

Telefone:

Ocupação:

Email:

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:



Ficha de Inscrição Sénior

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone de Casa: _____

Telefone: _____

Ocupação: _____

Email: _____

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____

Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone de Casa: _____

Telefone: _____

Ocupação: _____

Email: _____

3. AGREGADO FAMILIAR

Tem filhos(as)? Sim Não

Nome: _____

Idade: _____ Parentesco: _____

Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____

Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____

Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____

Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____

Idade: _____ Parentesco: _____



Relação de Vizinhança/Amigos/integração na comunidade:

4. Condições habitacionais (descrição pelo candidato/família ou ver Relatório de Visita Domiciliária)

Boas condições habitacionais.

5. Estado funcional

Independente

Semi-dependente

Dependente

AJUDAS TÉCNICAS

Bengala
Canadianas
Andarilho
Cadeira de rodas
Com a ajuda de 3^{os}

Fralda
Algália
Sonda Nasogástrica
Nebulizador
Outra: _____

DIETA ALIMENTAR

Consistência:
Normal
Dieta pastosa
Dieta Mole
Dieta Líquida

Especificidades:
Hipossalina
Hipoglissémica
Hipolípida
Outra: _____

**6. Serviços solicitados (com exceção do ERPI)**

Serviços solicitados	Periodicidade				Quantidade			
	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
Higiene pessoal								
Cuidados de Imagem								
Fornecimento de alimentação								
Apoio na Alimentação								
Assistência medicamentosa								
Apoio social								
Higiene habitacional								
Tratamento de roupas								
Aquisição de bens e serviços								
Acompanhamento ao exterior								
Atividades Sócio-culturais								
Actividades desportivas								
Outro. Qual: _____								

7. Situação económica

Rendimentos Cliente:

Rendimentos *per capita*:

Rendimentos do Agregado Familiar: _____ €

Comparticipação mensal:

Estimativa do Cálculo da Mensalidade à luz da CIRCULAR 4 e 5 da Segurança Social

R: rendimento “per capita”

$$R = (RF - D) / N$$

RF: rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D: despesas fixas

N: n.º de elementos do agregado familiar

Descrição dos Cálculos:*(Nota: o valor é apenas estimado face aos dados fornecidos no dia da inscrição.)*



8. Motivo do pedido

Em caso de não haver vaga, está interessado(a) em ingressar na Lista de Espera? SIM NÃO

Em caso de estar na Lista de Espera, a Carta de Aprovação (posterior ao contato telefónico) pode ser enviada por correio eletrónico? Não SIM Para qual? _____

9. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega

	Bilhete de Identidade	___/___/___		Cartão de Beneficiário ou Pensionista	___/___/___
	N.º de Contribuinte	___/___/___		Cartão do Serviço Nacional de Saúde	___/___/___

Admissível? (assinale com uma X)

Sim

Não

Porquê?

Visita às instalações:

Sim; Não, opção da família; Não, indisponibilidade do estabelecimento

Informações/acesso ao regulamento e funcionamento:

Sim foram dadas; Não, opção da família; Não, indisponibilidade do estabelecimento/responsável

Observações



SANTA CASA DA MISERICORDIA DE MONTALVÃO

Impresso

Código: Imp.07 PC01

Revisão: 0

Data:23/01/17

Pág. 6 / 7

Ficha de Inscrição Sénior

Data / / Candidato/Familiar

Data / / Instituição

Parte II – Avaliação da Candidatura (a preencher pela Direção Técnica)

1. Critérios de seleção e priorização

Critério	Pontuação	Resultado
Escala de Barthel	0 - 100	
Ser irmão da Santa Casa da Misericórdia de Montalvão	20%	
Falta de apoio Familiar ou situação de carência económica, que não garanta a sua subsistência.	5%	
Residente na freguesia de Montalvão	20%	
Natural da Freguesia de Montalvão	5%	
Ser utente de C.D. ou A.D.	10%	
Ter o Cônjuge a frequentar o Lar	2,5%	
Isolamento Social ou Geográfico	5%	
Insuficiências de Condições habitacionais	2,5%	
Total:		

Parecer Técnico:

Data / / Assinatura



SANTA CASA DA MISERICORDIA DE MONTALVÃO

Impresso

Código: Imp.07 PC01

Revisão: 0

Data:23/01/17

Pág. 7 / 7

Ficha de Inscrição Sénior

Parecer da Direção (Quando aplicável):

Data

/

/

Assinatura