

Associação Pró-Beneficência e Progresso de Alte
Ficha de Inscrição Resposta Social: _____

Data de Inscrição:		Data de Saída:	
Processo N.º		Motivo	
Data de Entrada:			

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome:			
Nome pelo qual deve ser tratado:			
Data Nasc.		Sexo:	
		Idade:	Anos
Morada:			
Cód. Postal:		Localidade:	
Telemóvel:		Telefone Casa:	
BI/CC		NIF:	
Nº Beneficiário:		Reg. Segurança Social:	
Nº Utente:		Sub-sistema Saúde:	
Estado Civil		Agregado Familiar:	

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DO(S) SIGNIFICATIVO(S)

Nome:			
D. Nascimento:		Parentesco/ Relação:	
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
Telefone:		Ocupação:	

3. ENCAMINHAMENTO E REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Não	☐
Sim	☐ Especifique
Identifique a atual rede de suporte assegurado ao candidato:	
	Quem
Familiares 1º grau	☐
Outros familiares	☐
Outros	☐
Inexistente	☐
Frequência do suporte assegurado ao candidato:	
Mensal	☐
Semanal	☐
Diário	☐
Permanente	☐

4. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

	Autónomo	Ap. pontual	Ap. permanente	Observações
Banho	☐	☐	☐	
Cuidados de imagem	☐	☐	☐	
Vestir-se	☐	☐	☐	
Ir ao WC	☐	☐	☐	
Alimentação	☐	☐	☐	
Mobilidade	☐	☐	☐	
Acompanhamento ao exterior	☐	☐	☐	
Aquisição de bens e serviços	☐	☐	☐	
Toma medicamentosa	☐	☐	☐	
Ocupação do tempo livre	☐	☐	☐	
Outro tipo de serviços (SAD):	Marcar x serviços pretendidos			
Alimentação		☐		
Higiene Pessoal		☐		
Higiene Habitacional		☐		
Higiene Roupas		☐		

5. FUNDAMENTAÇÃO

Indique os principais motivos para a admissão na Resposta Social

6. DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

(A preencher pelos serviços)

Assinale quais os documentos entregues no ato da inscrição

Cartão de Cidadão	☐	Data da entrega	
Bilhete de Identidade	☐	Data da entrega	/ /
Numero Identificação Fiscal	☐	Data da entrega	/ /
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	☐	Data da entrega	/ /
Boletim de Vacinas	☐	Data da entrega	/ /
Cartão de Beneficiário da Segurança Social ou Pensionista	☐	Data da entrega	/ /
Relatório Médico: Estado de saúde, medicação	☐	Data da entrega	/ /
Declaração médica: Doenças infectocontagiosas	☐	Data da entrega	/ /
Bilhete de Identidade do(s) Significativos	☐	Data da entrega	/ /
Nº de Contribuinte do(s) Significativos	☐	Data da entrega	/ /
Comprovativos dos Rendimentos	☐	Data da entrega	/ /
Outro. Qual? _____	☐	Data da entrega	/ /

7. DADOS PESSOAIS

A Associação Pró-Beneficência e Progresso de Alte, com sede em Poço da Antónia, 8100-012 Alte, Contribuinte Fiscal n. 9501683860, correio eletrónico: lardealte@gmail.com e contacto telefónico 289 478895, é a entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais e por assegurar a sua privacidade, de acordo com a lei e o novo regulamento.

Na qualidade de cliente, Autorizo ☐, Não autorizo ☐

Na qualidade de Representante Legal de Cliente, Autorizo ☐, Não autorizo ☐,

o tratamento dos meus dados pessoais, aplicável a partir do dia 25 de Maio de 2018, nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados Pessoais – Regulamento n.º 2016/679, do parlamento Europeu e do Conselho de 27 de Abril de 2016, que estabelece as regras relativas a proteção, tratamento e livre circulação de dados pessoais das pessoas singulares e que se aplica diretamente a todas as entidades que procedam ao tratamento desses dados em qualquer Estado membro da União Europeia;

8. ASSINATURAS

Cliente:	_____	Data:	____/____/____
Significativos	_____	Data:	____/____/____
Organização	_____	Data:	____/____/____