LAZARUS
CENTRO SOCIAL DA PARÓQUIA DE SÃO LÁZARO

FICHA DE INSCRIÇÃO

Centro de Dia ☐ Apoio Domiciliário ☐ ERPI: Primus Lazarus ☐ Villa Lazarus ☐

Nº de entrada: _____ Data de Inscrição: ____/____/____
Data de Admissão: ____/_____/_____ Saída: ____/____/_____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) UTENTE / CLIENTE

Nome Completo:_____
Data de nascimento: ____/____/_____ Estado Civil: _____ Naturalidade: _____
Morada: _____ Freguesia_____
Código Postal: _____ -_____ Localidade: _____ Telefone: _____
Última profissão exercida: _____ Habilitações Literárias: _____
N. º CC/BI.: _____ N.º Contribuinte (NIF): _____
N.º Id Segurança Social (NISS): _____ Nº utente (SNS)_____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL PELO(A) UTENTE/CLIENTE

Nome: _____ Parentesco_____
Morada: _____Código Postal: _____ -____ Localidade: _____
N. º CC/BI.: _____ N.º Contribuinte (NIF): _____Data de nascimento: ____/____/_____
Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

3. SITUAÇÃO FAMILIAR

Tem filhos(as)? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quantos?_____
Como vive? Em família natural ☐ Em família de acolhimento☐ Isolado☐ Outra ☐Qual?_____
Contacto de Pessoas Familiares/Amigas:
Nome: _____Parentesco: _____Contacto: _____
Nome: _____Parentesco: _____Contacto: _____

4. MOTIVO DO PEDIDO

Doença☐ Isolamento☐ Idade Avançada☐ Dependência☐ Outro☐
Informação adicional do motivo do pedido:
_____
_____
É utente de outra resposta social nesta Instituição? Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual _____
Tem alguém a colaborar na Instituição? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem e em que serviço?_____
Foi encaminhado por outra organização? Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual _____

5. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Autónomo ☐ Semi-dependente ☐ Dependente ☐ Totalmente dependente ☐
Sofre de alguma doença: Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique qual:
Necessita de cuidados: Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique a necessidade:
Tem alguma incapacidade/deficiência: Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique qual:

6. SERVIÇOS SOLICITADOS (*responder quando se aplica*)

<u>Em ERPI</u>
Quarto Individual ☐ Quarto duplo ☐ Quarto triplo (caso deseja inscrição na ERPI Villa Lazarus) ☐

Em Centro de Dia (Apontar as necessidades não sendo a reposta vinculativa. Em caso de admissão, o serviço dependerá da disponibilidade à data, e mediante avaliação técnica)

Necessita de transporte: Sim ☐ Não☐

Se sim, indique a necessidade: De casa para Centro de Dia? ☐ Do Centro de Dia para casa? ☐ Ambos? ☐

Higiene Pessoal ☐ Tratamento de Roupa ☐ Jantar ☐

Em Serviço de Apoio Domiciliário (Apontar as necessidades não sendo a reposta vinculativa. Em caso de admissão, o serviço dependerá da disponibilidade à data, e mediante avaliação técnica)

Higiene Pessoal☐ Semana ☐ Fim de semana ☐ Periodicidade: _____

Higiene Habitacional ☐

Cuidados de Imagem ☐

Higiene Extra (mudança de absorvente) ☐

Alimentação ☐ Semana ☐ Fim de semana ☐

Tratamento de Roupa ☐ Semana ☐ Fim de semana ☐ Periodicidade: _____

Apoio Psicossocial ☐ Semana ☐ Fim de semana ☐ Periodicidade: _____

Animação Sociocultural ☐ Semana ☐ Fim de semana ☐ Periodicidade: _____

Outro: ☐ Qual? _____

7. SITUAÇÃO ECONÓMICA

A que vaga se candidata: Vaga com acordo de cooperação ☐ Vaga extra-acordo ☐ Vaga social ☐

Rendimento mensal do agregado familiar: _____

Despesas fixas mensais (saúde; transportes públicos; renda de casa): _____

Nº elementos do agregado familiar: _____

8. OBSERVAÇÕES

_____

_____

_____

9. CONSENTIMENTO INFORMADO E ASSINATURAS

Declaro ter sido informado:

1.Que os dados pessoais recolhidos destinam-se exclusivamente a ser tratados e utilizados pela instituição no âmbito da inscrição para a resposta social a que a mesma diz respeito;

2.Que me é reconhecido, nos termos legais, o direito de acesso, retificação, oposição e eliminação dos dados pessoais recolhidos, a exercer mediante comunicação dirigida a Lazarus.

3.Que a presente inscrição é válida por 1(um) ano, devendo, caso mantenha interesse, contactar novamente a Lazarus.

Autorizo, por isso, o tratamento e utilização dos dados recolhidos e constantes da ficha de inscrição para o referido fim.

Assinatura do utente/cliente: _____

Assinatura do responsável: _____

Nota: Em caso de admissão, serão solicitadas cópias dos documentos pessoais do Utente e do Responsável, e compratívos da situação económica, para efeitos de cálculo de mensalidade.

10. RECEÇÃO PELOS SERVIÇOS

Recebido em ___ / ___ / _____ Por: _____