Ficha de Pré- Inscrição

Residência Léa Nobre / Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

Data de Inscrição: _____ nº do processo: _____

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CLIENTE

Nome completo: _____
Data de nascimento: __/__/__ Idade: ____ Sexo: F ☐ M ☐
Morada: _____
Código Postal: _____-____ Localidade: _____ Distrito: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____
B.I./CC nº: _____ nº de Contribuinte: _____
SNS: _____ Beneficiário SS nº : _____
E-mail:_____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DE RESPONSÁVEIS /PESSOAS PRÓXIMAS (1)

Nome completo: _____
Parentesco/Relação (2): _____ Data de nascimento: __/__/__
Morada: _____
Código Postal: _____-____ Localidade: _____ Distrito: _____
Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome completo: _____
Parentesco/Relação (2):_____ Data de nascimento: __/__/__
Morada:_____
Código Postal: _____-____ Localidade: _____ Distrito: _____
Telefone: _____ Ocupação: _____

(1)- Pessoas próximas - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.
(2)- Parentesco- cônjuge, filha/o, irmã, irmão, neta/o, outro; Relação-amiga/o, vizinho/a, voluntária/o, outra/o

3.FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO

Frequência Anterior de outros Estabelecimentos ou Respostas Sociais

Sim ☐ Especifique |_____

Não ☐

Encaminhamento de outros serviços/entidade (p.e. Segurança Social)

Sim ☐ Especifique |_____

Motivo | _____

Não ☐

Tipo de Serviço pretendido : Temporário ☐ Permanente ☐

Assinale com uma X a estrutura de apoio para a qual efetua inscrição;

Lar Residencial ☐
Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão ☐

Tipo de Deficiência e/ou incapacidade:
Deficiência visual ☐
Deficiência auditiva ☐
Deficiência mental ☐
Deficiência motora ☐
Outra ☐
Especifique : _____

4. ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

Foram feitas as cópias de todos os documentos necessários? Sim ☐ Não ☐

ASSINALE QUAIS OS DOCUMENTOS EM FALTA E A RESPECTIVA DATA	DATA DE ENTREGA
Cédula/B.I da/o cliente e agregado familiar	
Nº de contribuinte da/o cliente e agregado familiar	
Cartão da segurança social da/o cliente	
Cartão do serviço nacional de saúde	
2 Fotos	
Boletim de vacinas	
Comprovativo dos rendimentos que aufere	
Declaração médica em como não sofre de doença infecto-contagiosa	
Declaração médica de impossibilidade /possibilidade de realização de actividades físicas	
Declaração médica em como sofre ou não sofre de doença crónica	
Atestado médico de incapacidade multiuso	

5. Assinaturas		
Cliente		Data: ____ / ____ /____
Significativa/o		Data: _ ___/_____ / ____
Instituição		Data: ____/_____ /_____