

## Estrutura Residencial Pessoas Idosas

### Ficha de Pré-Inscrição

Data de Contacto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DO CANDIDATO

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

B.I./CC nº: \_\_\_\_\_ Nº de Contribuinte: \_\_\_\_\_

SNS: \_\_\_\_\_ Beneficiário NISS nº : \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DE PESSOA PRÓXIMA DO CANDIDATO

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_



### 3.FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

#### Encaminhamento de outros serviços/entidade

Sim  Qual | \_\_\_\_\_

Não  Motivo | \_\_\_\_\_

#### O Candidato tem usufruído dos serviços de/ou está integrado em:

- Apoio Domiciliário
- Centro de Dia
- Outro Serviço  Qual : \_\_\_\_\_

### 5. Caracterização da(s) Incapacidade(s)

Tipo de incapacidade(s)

---

---

---

---

---

---

---

6. ASSINATURAS	
Cliente	Data: ___ / ___ / ___
Significativo	Data: ___ / ___ / ___
Diretor Técnico	Data: ___ / ___ / ___