

Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

Ficha de Inscrição

Data de Contacto ____/____/____

N.º de inscrição: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DO CLIENTE

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 PESSOAS PRÓXIMAS DO CLIENTE

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Distrito: _____

Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação (2): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Distrito: _____

Telefone: _____

3.FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar a Organização?

Sim Quem _____

Não Departamento _____

4.REDE SOCIAL DE SUPORTE

Encaminhamento de outros serviços/entidade

Sim Qual | _____

Não Motivo | _____

5.0 Cliente possui o relatório de “Avaliação e Certificação da Situação da Deficiência”?

Sim Não

O cliente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:

- Apoio Domiciliário
- Estrutura Residencial
- Emprego Protegido
- Formação Profissional
- Outro Serviço Qual _____

Tipo de Deficiência e/ou incapacidade:

- Deficiência visual
- Deficiência auditiva
- Deficiência mental
- Deficiência motora
- Outra Especifique: _____

Médico Assistente _____

6. ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

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

| Requisitos De Inscrição | DATA DE ENTREGA |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão do cliente e agregado familiar. | |
| Cartão de Contribuinte do cliente e agregado familiar | |
| Cartão de Beneficiário da Segurança Social do cliente e agregado familiar | |
| Cartão de Utente dos Serviços de Saúde ou de subsistemas a que o cliente pertença | |
| Relatório médico de avaliação e certificação da situação de deficiência, C.I.F | |
| Comprovativo dos rendimentos e despesas do cliente e do agregado familiar/ IRS | |
| Boletim de Vacinas | |
| Relatório Médico que declare que possui/não, doenças infecto-contagiosas | |

| 7. ASSINATURAS | |
|-----------------|-----------------------|
| Cliente | Data: ___ / ___ / ___ |
| Significativo | Data: ___ / ___ / ___ |
| Diretor Técnico | Data: ___ / ___ / ___ |