

4. Dados do agregado familiar* (só serão aceites as despesas com comprovativos válidos)

Encargos mensais fixos		
Habitação (renda/mensalidade)	Tipo de habitação:	Própria Arrendada
Saúde (doença crónica) - agregado		
Transportes (passe) - agregado		

5. Síntese dos critérios de seleção e priorização não hierárquicos*

a)	<input type="checkbox"/>	Necessitar do serviço como condição de permanência no contexto familiar e/ou no seu domicílio
b)	<input type="checkbox"/>	Carência económica devidamente comprovada por autoridade competente
c)	<input type="checkbox"/>	Risco ou situação de isolamento social
d)	<input type="checkbox"/>	Ser sócio da Liga dos Amigos do Centro
e)	<input type="checkbox"/>	Elemento de referência a frequentar o estabelecimento
f)	<input type="checkbox"/>	Situação encaminhada pelos serviços da Segurança Social
g)	<input type="checkbox"/>	Outras situações, mediante ponderação da Direção e devidamente justificadas
h)	<input type="checkbox"/>	Data da ficha de inscrição
i)	<input type="checkbox"/>	Outro critério aprovado em reunião da Direção
j)	<input type="checkbox"/>	<i>[somente Centro de Dia]</i> Situação de risco de acelerar o processo de envelhecimento
k)	<input type="checkbox"/>	<i>[somente Centro de Dia]</i> Autonomia total ou pelo menos parcial
l)	<input type="checkbox"/>	<i>[somente Serviço de Apoio Domiciliário]</i> Residência nas freguesias de Odivelas ou de Pontinha/Famões
m)	<input type="checkbox"/>	<i>[somente Serviço de Apoio Domiciliário]</i> Ausência de família, comprovado abandono ou incapacidade da mesma em assegurar a prestação de cuidados
n)	<input type="checkbox"/>	<i>[somente Serviço de Apoio Domiciliário]</i> Necessitem de cuidados nos 5 dias ou 7 dias

6. Dados de identificação e contacto da(s) pessoa(s) próxima(s) do utente*

Nome		
Data de nascimento	/ /	Parentesco/Relação
Morada		
Código Postal		Localidade
Ocupação		
Email		Telemóvel
Nome		
Data de nascimento	/ /	Parentesco/Relação
Morada		
Código Postal		Localidade
Ocupação		
Email		Telemóvel

7. Motivo do pedido

Qual o interesse/motivo para a inscrição na instituição?

Quem efetuou o pedido?

8. Observações

9. Consentimento para o tratamento de dados pessoais

Declaro que presto o meu consentimento para o tratamento de dados pessoais, ao Centro Comunitário Paroquial de Famões. Declaro que tomei conhecimento que a finalidade da recolha destes dados serve o propósito de inscrição no serviço de apoio domiciliário/ centro de dia e de que os mesmos podem ser transmitidos ao Instituto de Segurança Social e/ou Município de Odivelas para efeitos de comparticipação na mensalidade. Mais tomei conhecimento que o Centro Comunitário Paroquial de Famões compromete-se, neste âmbito, a cumprir o disposto na Lei de Proteção de Dados Pessoais, bem como na demais legislação aplicável.

A assinatura da presente ficha de inscrição ocorrerá no momento do atendimento presencial e implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno do Centro Comunitário Paroquial de Famões e que pode ser consultado em www.ccparoquial-famoes.org

Assinatura do Utente _____ Data ____/____/_____
(assinatura conforme documento de identificação)

Centro Comunitário Paroquial de Famões _____ Data ____/____/_____

Dados a preencher pela instituição de forma a identificar os candidatos/as para a entrevista inicial - Admissão

1. Apreciação final da candidatura

<input type="checkbox"/>	Desistência por parte da família	Presencial	Data
	Motivo	Telefone	Data
<input type="checkbox"/>	Cumprir os critérios (lista de espera)	Data da entrevista de Pré-diagnóstico	
<input type="checkbox"/>	Cumprir os critérios (prioritário)	Data da entrevista de Pré- diagnóstico	
	Prioridade		
<input type="checkbox"/>	Não cumprir os critérios	Encerramento do processo a ____ / ____ / ____	

O/A Diretor/a Técnico/a _____ Data ____/____/_____

2. Participação familiar (documentos necessários para apresentação quando selecionado)

- Cópia dos encargos com habitação
- Cópia dos encargos com saúde/passe do agregado _____
- Cópia do último IRS entregue e/ou nota de liquidação do agregado familiar
- Cópia do comprovativo de pensão e/ou recibos de vencimento/remuneração dos últimos 3 meses do agregado familiar
- Cópia de despesas de familiares em ERPI

3. Entrega da cópia dos documentos (quando admitido/a)

- Relatório médico (entregue no dia da admissão)