

FICHA DE CANDIDATURA/ADMISSÃO

Data de entrada da Candidatura: ____/____/____

Nº de Candidatura: ____/____

Data de Admissão: ____/____/____

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS:

RS: ERPI - CANDIDATURA: SINGULAR CASAL Interesse: Futuro Presente

CDD - COM TRANSPORTE SEM TRANSPORTE Com Jantar Sem Jantar

SAD - HIGIENE PESSOAL - DIAS ÚTEIS ALIMENTAÇÃO - DIAS ÚTEIS TRATAMENTO DE ROUPA - DIAS ÚTEIS

HIGIENE PESSOAL - INCLUINDO FINS-DE-SEMANA ALIMENTAÇÃO - INCLUINDO FINS-DE-SEMANA

TRATAMENTO DE ROUPA - INCLUINDO FINS-DE-SEMANA

HIGIENE HABITACIONAL - DIAS ÚTEIS HIGIENE HABITACIONAL - INCLUINDO FINS-DE-SEMANA

OUTRO (QUAL: _____)

OBSERVAÇÕES: _____

Cumprir critérios: Existe vaga

Não existe vaga

Anulada a Candidatura - Data ____/____/____ - Motivo: _____

Quem procedeu à anulação: _____ Relação/Parentesco: _____

Não cumprir critérios: - Encerramento do processo a: ____/____/____

PARTE I - A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

A - DADOS DEMOGRÁFICOS - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Nome: _____

Alcunha: _____ Género: Masculino Feminino

Data de nascimento: ____/____/____ Data de comemoração: ____/____/____

NIF: _____ NISS: _____ SNS: _____

BI/Cartão de Cidadão/Autorização de Residência nº: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: Solteiro/a Casado/a Divorciado/a Viúvo/a Outro. Especifique: _____

Se casado/a, especifique - Nome do cônjuge: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Tlf.: _____ Tlm.: _____

O/A candidato/a é cliente de outra resposta social: Sim Não - Se sim, especifique: CDD ERPI SAD

O cônjuge frequenta a Resposta Social à qual é candidato/a: Sim Não

ASSOCIAÇÃO FERMENTELENSE DE ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS E PESSOAS DE TERCEIRA IDADE

Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Águeda * NIF: 501089780

Rua João Nunes Geraldo, nº10, 3750 - 466 Fermentelos

Telf. 234 721 955 (Custo de uma chamada rede fixa nacional)

Telemóvel: 961 326 995 (Custo de uma chamada rede móvel nacional)

www.afafermentelos.pt * geral@afafermentelos.pt

Outro membro do agregado familiar frequenta a AFA: Sim Não - Se sim, Resposta Social:

O/A candidato/a é sócio/a da AFA: Sim Não

O/A candidato/a foi voluntário/a na AFA? Sim Não

B – PERCURSO ESCOLAR E PROFISSIONAL

Profissão que desempenhou durante mais tempo: _____

Habilitações literárias: _____

OBSERVAÇÕES: _____

C – INFORMAÇÃO CLÍNICA

1 - Avaliação Funcional - ABVD:

Mobilidade: Desloca-se totalmente sozinho

Desloca-se com ajuda física/apoio de ajudas técnicas - Andarilho; Bengala; Cadeira de rodas

Desloca-se com ajuda total - Cadeira de rodas; Acamado/a.

Alimentação: Sozinho/a;

Com alguma ajuda - Supervisão na confeção e/ou no ato de comer;

Não consegue/ necessita de ajuda total - Necessita que cozinhem para si; Necessita que lhe dêem na boca; Sonda.

Vestir/Despir: Veste/Despe-se totalmente sozinho/a

Necessita de alguma ajuda a vestir/despir-se - Seleção da roupa; Supervisão do ato de vestir;

Ajuda física no ato de vestir algumas peças;

Não consegue/necessita de ajuda total - Ajuda física a vestir; Ajuda física a despir.

Controlo de Esfincteres: Sem qualquer dificuldade;

Com dificuldade - Fralda; Cueca Fralda;

Não consegue - Fralda; Algália.

Higiene: Sozinho/a

Com alguma ajuda (Supervisão na realização; Alguma ajuda na realização)

Não consegue/necessita de ajuda total

2 - Avaliação Funcional:

Comunicação: Sem qualquer dificuldade em se exprimir e em compreender o que lhe é comunicado;

Com dificuldade em compreender - Motivo: Défices auditivos; AVC Outro – Qual: _____;

Com dificuldade em se exprimir - Motivo: AVC; Outro – Qual: _____.

OBSERVAÇÕES: _____

D - SUPORTE FAMILIAR/SOCIAL

O/A candidato/a a cliente:

- Vive sozinho/a
- Vive em casa própria/arrendada, com esposo/a ou familiar(es). Especifique: _____

- Vive em casa de familiares. Especifique: _____

- Outra condição. Especifique: _____

O/A candidato/a tem filhos? Sim Não - Se sim, indique o número de filhos: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A FILIAÇÃO:

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	LOCALIZAÇÃO ATUAL	CONTATO FREQUENTE	OBSERVAÇÕES
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

NOME	PARENTESCO	IDADE	ESTADO CIVIL	HABILITAÇÕES	PROFISSÃO

Quem são as pessoas que lhe prestam ou podem prestar apoio: _____

Tipo de apoio: _____

OBSERVAÇÕES: _____

E – ASPETOS RELATIVOS À CANDIDATURA

Candidatura efetuada por: CANDIDATO/A SIGNIFICATIVO ENCAMINHAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS – Se

sim, especifique: _____

Candidatura realizada com conhecimento e autorização do/a candidato/a: Sim Não

Motivo da Candidatura: _____

Motivo porque escolheu a AFA: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES: _____

F – IDENTIFICAÇÃO DO SIGNIFICATIVO

Nome: _____ Relação/Parentesco: _____

B.I./CC/AR: _____ NIF: _____ NISS: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Tlf.: _____ Tlm.: _____ E-mail.: _____

G – CONTATO ALTERNATIVO

Nome: _____ Relação/ Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Tlf.: _____ Tlm.: _____ E-mail.: _____

OBSERVAÇÕES: _____

OS DADOS APRESENTADOS SÃO VERDADEIROS E NÃO OMITEM QUALQUER INFORMAÇÃO.

O/A CLIENTE/ SIGNIFICATIVO DE REFERÊNCIA: _____

Data: ___/___/___

DECLARO QUE AUTORIZO A INFORMATIZAÇÃO/ TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS PARA EFEITOS DE ELABORAÇÃO DE PROCESSO INDIVIDUAL DE CLIENTE.

O/A CLIENTE/ SIGNIFICATIVO DE REFERÊNCIA: _____

Data: ___/___/___

PARTE II – A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

A - VISITA ÀS INSTALAÇÕES

Sim;

Não, o/a candidato/a e/ou significativo assim o entendeu;

OBSERVAÇÕES: _____

B – COMPROVATIVO DA RECEÇÃO DOS DOCUMENTOS

DOCUMENTAÇÃO DO/A CLIENTE	DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO/A COLABORADOR/A
<input type="checkbox"/> Fotocópia do BI/CC/Autorização de Residência	___/___/___		
<input type="checkbox"/> Fotocópia do Cartão de Contribuinte	___/___/___		
<input type="checkbox"/> Fotocópia do Cartão de Beneficiário da Segurança Social	___/___/___		
<input type="checkbox"/> Fotocópia do Documento de Identificação do Utente do SNS	___/___/___		
<input type="checkbox"/> Documento de Identificação do Utente do SNS ¹	___/___/___		
<input type="checkbox"/> Cartão do Hospital ¹ (quando aplicável)	___/___/___		
<input type="checkbox"/> Comprovativo do (s) rendimento(s);	___/___/___		

¹ Documentação exigida apenas para a admissão em ERPI.

<input type="checkbox"/>	Comprovativo de sócio do/a candidato/a, requerido nos SA (quando aplicável)	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Comprovativo de morada do/a candidato/a	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Outro. Qual: _____	___/___/___		
DOCUMENTAÇÃO RELATIVA AO AGREGADO FAMILIAR		DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO/A COLABORADOR/A
<input type="checkbox"/>	Fotocópia da declaração de IRS (aplicável a ERPI);	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Comprovativo das despesas com medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Comprovativo das despesas com transportes públicos	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Comprovativo das despesas com a habitação	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Outro. Qual: _____	___/___/___		
DOCUMENTAÇÃO DO(S) SIGNIFICATIVO(S)		DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO/A COLABORADOR/A
<input type="checkbox"/>	Fotocópia do BI/CC/Autorização de Residência	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Fotocópia do Cartão de Contribuinte	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Comprovativo do(s) rendimento(s) (apenas exigido para ERPI)	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Outro. Qual: _____	___/___/___		
<input type="checkbox"/>	Outro. Qual: _____	___/___/___		

C – SE O/A CANDIDATO/A E/OU SIGNIFICATIVO NÃO PRETENDA ENTREGAR O(S) DOCUMENTO(S) COMPROVATIVO(S) DO RENDIMENTO E/OU DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR, ASSINALE QUAL(AIS):

DOCUMENTAÇÃO RELATIVA AO AGREGADO FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> Declaração de IRS	<input type="checkbox"/> Declaração do ISS, I.P.
<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com a habitação	<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com transportes públicos
<input type="checkbox"/> Comprovativo das despesas com medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica	
<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	
Rubrica do/a Candidato/a/Significativo: _____ Data: ___/___/___	

OBSERVAÇÕES: _____

PARTE III – A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

A - ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO (ver instrução de trabalho – critérios de priorização)

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO	
Situação de saúde/autonomia	0	
	5	
	10	
	15	
Vulnerabilidade económica e social	20	
Inexistência de retaguarda familiar	15	
Contributo pessoal e activo para o funcionamento e melhoria contínua da AFA (elementos de órgãos de gestão, fundadores da AFA e outros voluntários)	13	
Frequência do conjugue na Resposta Social de ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS	7	
Cliente de outra Resposta Social da AFA	7	
Natural e/ou residente em Fermentelos	13	
Sócio ativo da AFA	10	
TOTAL	100	

B - ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Cumpre os critérios de admissão;
- Não cumpre os critérios de admissão – Justificação: _____

C – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO – VÁLIDO APENAS EM SAD

1. Condições habitacionais

Habitação: Própria Arrendada Propriedade de familiares – Especifique: _____

Habitação: Isolada Perto de significativo(s) Perto de locais necessários para a execução das actividades de vida diária (p.e. lojas, igreja)

Cozinha: Sim Não – Se Sim, possui: Fogão Microondas Lava-louça

Casa de banho: Sim Não – Se Sim, possui: Água Canalizada Água Quente Duche Banheira

Condições de higiene e habitabilidade: Sim Não - Especifique: _____

Condições de conforto (p.e. aquecimento): Sim Não - Especifique: _____

2. Caso o/a candidato/a tenha dificuldades de mobilidade:

- Acessibilidade: Um só piso, sem barreiras arquitetónicas Dois ou mais pisos

Um só piso, mas com escadas interiores ou outras barreiras Outro - Especifique: _____

- Mobilidade no interior da habitação: Sim Não - Se Não, especifique: _____

- Casa de banho acessível e adaptada: Sim Não - Especifique: _____

- Cama articulada e/ou individual: Sim Não – Especifique: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Visita Realizada a: ____/____/____ Rubrica do/a Técnico/a: _____

D – PARECER TÉCNICO

Data: ____/____/____ Rubrica do/a Técnico/a: _____

PARTE IV – A PREENCHER PELA DIREÇÃO

A – PARECER:

Data: ____/____/____ Rubrica do/a Presidente da Direção: _____

B – PARECER:

Data: ____/____/____ Rubrica do/a Presidente da Direção: _____

Admissão válida a: ____/____/____ O/A Técnico/a: _____

Observações para Admissão:
