

FICHA DE:  1.ª Admissão  Renovação

RESPOSTA SOCIAL:  Creche  Pré-Escolar  CATL

A PREENCHER PELA AFA:

Data da Admissão/Renovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_ Educador/a de Infância: \_\_\_\_\_

Nº do PIC: \_\_\_\_\_ Data de Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PARTE I – A PREENCHER PELO/A ENCARGADO/A DE EDUCAÇÃO/SIGNIFICATIVO

#### A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CLIENTE

Nome:

Nome pelo qual é tratado:  Nacionalidade:  Idade:

Data de Nascimento:  /  /  NISS:  SNS:

BI/CC/Assento:  Validade:  /  /  NIF:

Reside com:  Pais  Mãe  Pai  Outro especifique:

#### B - FILIAÇÃO

NOME DO PAI / MÃE:

Morada:  Código Postal:  -

Localidade:  Tif.:  Tlm.:

E-mail.:  BI/CC/AR:

Validade:  /  /  NIF:  Habilitações Literárias:

Profissão:  Entidade Patronal:

Localidade:  Tif.:  Tlm.:

E-mail.:

**NOME DO PAI / MÃE:**

Morada:  Código Postal:  -

Localidade:  Tlf.:  Tlm.:

E-mail.:  BI/CC/AR:

Validade:  /  /  NIF:  Habilitações Literárias:

Profissão:  Entidade Patronal:

Localidade:  Tlf.:  Tlm.:

E-mail.:

### C – IDENTIFICAÇÃO DO/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO / SIGNIFICATIVO

Enc./a de Educação/Significativo:  Mãe  Pai  Outro; especifique:

Nome:  Parentesco:

Morada:  Código Postal:  -

Localidade:  Tlf.:  Tlm.:

E-mail.:  BI/CC/AR:

Validade:  /  /  NIF:  Habilitações Literárias:

Profissão:  Horário de Trabalho:

Entidade Patronal:  Localidade:

Tlf./ Tlm.:  E-mail.:

### D – IDENTIFICAÇÃO DE SÓCIO

Sócio da AFA:  Mãe  Pai  Outro (quando é o Enc. de Educação/Significativo) N° de Sócio:

### E – IRMÃOS A FREQUENTAR A AFA: Sim Não - Se sim, especifique:

Nome:  Idade:  Resposta Social:

Nome:  Idade:  Resposta Social:

Nome:  Idade:  Resposta Social:

## F – IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS A CONTATAR EM CASO DE EMERGÊNCIA

1. Nome:  Parentesco:

Tlf.:  Tlm.:  Tlf. Emprego:

2. Nome:  Parentesco:

Tlf.:  Tlm.:  Tlf. Emprego:

3. Nome:  Parentesco:

Tlf.:  Tlm.:  Tlf. Emprego:

## G - HORÁRIO PREVISTO DE FREQUÊNCIA DA RESPOSTA SOCIAL

Entrada:  h  m Saída:  h  m

### Observações:

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Para os efeitos previstos no RGPD regulamento 2016/679 do PCE de 27/04/2016 que estabelece as regras relativas à proteção, tratamento e livre circulação dos dados pessoais das pessoas singulares e que se aplica diretamente a todas as entidades que procedam ao tratamento desses dados, em qualquer Estado Membro da EU, nomeadamente Portugal:

Eu , portador(a) do Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade / Autorização de Residência n.º  válido até  /  / , declaro que:

- a) Os dados apresentados são verdadeiros e não omitem qualquer informação;
- b) Autorizo a informatização/utilização dos dados pessoais para efeitos de elaboração de processo individual de cliente;
- c) Tomei conhecimento de que a qualquer momento poderei exercer o direito de acesso, retificação e apagamento dos meus dados pessoais que ficarão no sistema durante o período de tempo previsto por lei ao contactar o responsável pelo tratamento de dados para o email da secretaria (geral@afafermentelos.pt);
- d) Compreendo e aceito a presente declaração de proteção de dados.

O/A Encarregado/a de Educação/Significativo:

Data:  /  /

### REGULAMENTO INTERNO - TOMADA DE CONHECIMENTO

Declaro que tomei conhecimento, do Regulamento Interno da Resposta Social para a qual o meu educando foi admitido e que o mesmo se encontra disponível para consulta nos Serviços Administrativos e no site da AFA - <https://www.afafermentelos.pt/>

O/A Encarregado/a de Educação/Significativo:

Data:  /  /

**PARTE II – A PREENCHER PELO/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO/SIGNIFICATIVO**

**A - CARATERIZAÇÃO DO RENDIMENTO MENSAL *PER CAPITA* DO AGREGADO FAMILIAR**

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	RENDIMENTO MENSAL ILÍQUIDO (Quando aplicável)
<b>Sub-total:</b>				
<b>Outros rendimentos:</b>				
<b>TOTAL:</b>				

DESPESAS MENSAIS FIXAS	
Imposto sobre rendimento:	
Taxa social única:	
Prestação/Renda da Habitação:	
Transportes públicos:	
Medicação de uso continuado em caso de doença crónica:	
Pensões de Alimentos:	
<b>TOTAL:</b>	

Agregado familiar beneficiário do Rendimento Social de Inserção (RSI):  Sim  Não

**OBSERVAÇÕES:**

\* O preenchimento da parte da candidatura que lhe é destinado **TERMINA AQUI.**

\*Atente na seguinte tabela, para ter conhecimento dos documentos de entrega **OBRIGATÓRIA.**

## B - COMPROVATIVO DA RECEÇÃO DOS DOCUMENTOS

DOCUMENTAÇÃO DO/A CLIENTE		DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO COLABORADOR
⇒	<input type="checkbox"/> BI/Cartão de Cidadão/Assento de Nascimento	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Número de Identificação Fiscal (NIF)	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Número de Identificação da Segurança Social (NISS)	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Documento de Identificação de Utente do SNS	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> Boletim de Vacinas	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Declaração médica	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	___/___/___		
DOCUMENTAÇÃO DO/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO/SIGNIFICATIVO		DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO COLABORADOR
⇒	<input type="checkbox"/> BI/Cartão de Cidadão/Autorização de Residência	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> Número de Identificação Fiscal (NIF)	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	___/___/___		
DOCUMENTAÇÃO RELATIVA AO AGREGADO FAMILIAR		DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO COLABORADOR
⇒	<input type="checkbox"/> Declaração de IRS	___/___/___		
⇒	<input type="checkbox"/> 3 Últimos recibos de vencimento	___/___/___		
⇒	<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: _____	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual: _____	___/___/___		

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C - SE O/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO/SIGNIFICATIVO NÃO PRETENDER ENTREGAR O(S) DOCUMENTO(S) COMPROVATIVO(S) DO RENDIMENTO MENSAL ILÍQUIDO E/OU DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR, ASSINALE QUAL(AIS):**

DOCUMENTAÇÃO RELATIVA AO AGREGADO FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> Declaração de IRS	<input type="checkbox"/> 3 Últimos recibos de vencimento
<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: _____	
Encarregado/a de Educação/Significativo: _____ Data: ____ / ____ / ____	

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D – 1. CÁLCULO DA MENSALIDADE/COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR**

**RC:** Rendimento *per capita* mensal  
**RAF:** Rendimento do agregado familiar  
**D:** Média das despesas mensais fixas do agregado familiar  
**N:** Número de elementos do agregado familiar

$$RC = \frac{RAF}{12 - D} N$$

**D – 2. CÁLCULO DA MENSALIDADE/COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR PRÉ – ESCOLAR**

**R** = Rendimento *per capita*;  
**RF** = Rendimento anual ilíquido do agregado familiar;  
**D** = Despesas fixas anuais;  
**N** = Número de elementos do agregado familiar.

$$R = \frac{RF - D}{12 N}$$

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	RENDIMENTO MENSAL ILÍQUIDO (Quando aplicável)
			<b>Sub-total:</b>	
			<b>Outros rendimentos:</b>	
			<b>TOTAL:</b>	

DESPESAS MENSAIS FIXAS	
<b>Imposto sobre rendimento:</b>	
<b>Taxa social única</b>	
<b>Prestação/Renda da Habitação:</b>	
<b>Transportes públicos:</b>	
<b>Medicação de uso continuado em caso de doença crónica:</b>	
<b>Pensões de Alimentos:</b>	
<b>TOTAL:</b>	



		Escalaões de rendimento mensal <i>per capita</i> de acordo com a RMM					
		1º Até 30% da RMM	2º De 30% a 50% da RMM	3º De 50% e 70% da RMM	4º De 70% e 100% da RMM	5º De 100% e 150% da RMM	6º Mais de 150% da RMM
Percentagem para Cálculo da Mensalidade/ Comparticipação Familiar	CRECHE	15%	22,5%	27,5%	30%	32,5%	35%
	ESTABELECIMENT O DE EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR	15%	22,5%	27,5%	30%	32,5%	35%
	CATL de conciliação familiar	15%	17%	19%	21%	23%	25%

RMM: Remuneração Mínima Mensal

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rendimento *per capita* mensal: \_\_\_\_\_ Escalão: \_\_\_\_\_ Percentagem a atribuir: \_\_\_\_\_

Mensalidade/comparticipação familiar apurada: \_\_\_\_\_ €

Mensalidade/comparticipação familiar apurada com \_\_\_\_\_ % desconto de \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ €

Colaborador/a: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PARTE III - A PREENCHER PELA DIREÇÃO**

**A - ATRIBUIÇÃO DA MENSALIDADE/COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR**

PARECER DA DIREÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mensalidade/comparticipação familiar a atribuir: \_\_\_\_\_ €

Presidente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ata n.º \_\_\_\_\_