

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 ENCARREGADO/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) Nº 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) |
|----------------------------|------------|-------|-----------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Sub-total: | | | | |
| Outros rendimentos: | | | | |
| TOTAL: | | | | |

| 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: | |
| TOTAL: | |

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

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

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) |
|------|------------|-------|----------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Sub-total: | |
| | | | Outros rendimentos: | |
| | | | | |
| | | | TOTAL: | |

| 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: | |
| TOTAL: | |

| | | Escalaões de rendimento mensal <i>per capita</i> de acordo com a RMM | | | | | |
|---|--|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| | | 1º Até 30% da RMN | 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 _____