

Data de entrada da Candidatura: ____ / ____ / ____ Válida até: ____ / ____ / ____

Nº de Candidatura: ____ / ____

A PREENCHER PELA AFA:

Data de Admissão pretendida: _____

Cumpe critérios: Existe vaga – Data de Admissão ____ / ____ / ____

Lista de Candidatos – Pontuação: _____

Anulada a Candidatura pela Família – Motivo: _____

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

OBSERVAÇÕES:

FICHA DE CANDIDATURA

RESPOSTA SOCIAL: Creche Pré-Escolar CATL

ANO LETIVO DE /

PARTE I – A PREENCHER PELO RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Nome:

Data de Nascimento: / / ou Previsto para: / / Idade:

Morada:

Código Postal: - Localidade: NISS:

B- FILIAÇÃO

NOME DO PAI / MÃE:

Morada: Código Postal: -

Localidade: Tlf.: Tlm.:

E-mail.: Profissão:

Entidade Patronal: Localidade:

Tlf.: Tlm.:

Já exerceu voluntariado na AFA: Sim Não

NOME DO PAI / MÃE:

Morada: Código Postal: -

Localidade: Tlf.: Tlm.:

E-mail.: Profissão:

Entidade Patronal: Localidade:

Tlf.: Tlm.:

Já exerceu voluntariado na AFA: Sim Não

C – CARATERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	RENDIMENTO MENSAL ILÍQUIDO (Quando aplicável)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sub-total:				<input type="text"/>
Outros rendimentos:				<input type="text"/>
TOTAL:				<input type="text"/>

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:

OS DADOS APRESENTADOS SÃO VERDADEIROS E NÃO OMITEM QUALQUER INFORMAÇÃO.

O/A ENC. DE EDUCAÇÃO / SIGNIFICATIVO:

Data: / /

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

O/A ENC. DE EDUCAÇÃO / SIGNIFICATIVO:

Data: / /

D – CARATERIZAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Criança com Necessidades Educativas Especiais: Sim Não

SE Sim, especifique:

Irmãos a frequentar a AFA: Sim Não - SE Sim, especifique.

Nome: Idade: Resposta Social:

Nome: Idade: Resposta Social:

Nome: Idade: Resposta Social:

E – MOTIVOS DA CANDIDATURA

Motivo da Candidatura

Motivo porque escolheu a AFA

F – RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA

Candidatura efetuada por: Mãe Pai Outro especifique:

QUEM CONTATAR: Mãe Pai Outro - Se respondeu outro, especifique:

Nome: Parentesco:

Morada: Código Postal: -

Localidade: Tlf.: Tlm.:

E-mail.:

Data: / /

O/A RESPONSÁVEL PELA CANDIDATURA:

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

* **No caso de pretender saber qual a mensalidade que lhe será aplicada, atente na entrega obrigatória de documentos indicada na página seguinte, essenciais ao apuramento desse valor.**

PARTE II - A PREENCHER PELO/A COORDENADOR/A PEDAGÓGICO/A E DIREÇÃO

A - ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Cumpre os critérios de admissão;

Não cumpre os critérios de admissão – Justificação: _____

B – ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO	PONTUAÇÃO	ASSINALAR O QUE SE VERIFICA	PONTUAÇÃO
Vulnerabilidade Social e Económica – Famílias de Baixos Recursos	20	<input type="checkbox"/>	
Inexistência de suporte familiar	18	<input type="checkbox"/>	
Irmãos a frequentar as Respostas Sociais da AFA	15	<input type="checkbox"/>	
Filho/a de funcionários da AFA	13	<input type="checkbox"/>	
Membro de família monoparental	12	<input type="checkbox"/>	
Pais e/ou Encarregado de Educação/Significativo residente(s) ou que exercem atividade profissional em Fermentelos ou freguesias limítrofes	10	<input type="checkbox"/>	
Filho/a de sócio ativo da AFA	08	<input type="checkbox"/>	
Filho/a de quem demonstrou um contributo pessoal e ativo para o funcionamento e melhoria contínua da Organização (membros de órgãos de gestão, fundadores da AFA e outros voluntários)	04	<input type="checkbox"/>	
			PONTUAÇÃO TOTAL

C – PARECER TÉCNICO

Data: ____ / ____ / ____ O/A Coordenador/a Pedagógico/a _____

D – PARECER DA DIREÇÃO:

Data: ____/____/____

Rubrica do/a Presidente da Direção: _____

PARTE III - A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

A - VISITA ÀS INSTALAÇÕES

- Sim;
- Não, o/a responsável pela candidatura assim o entendeu;

Observações:

B – COMPROVATIVO DA RECEÇÃO DOS DOCUMENTOS



DOCUMENTAÇÃO	DATA DE ENTREGA	RUBRICA DE QUEM ENTREGA	RUBRICA DO/A COLABORADOR/A
<input type="checkbox"/> BI/CC/Autorização de Residência do/a candidato/a	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Comprovativo de emprego em Fermentelos ou freguesia limitrofes por parte dos pais e/ou encarregado/a de educação (quando aplicável)	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Comprovativo de sócio do/a Encarregado/a de Educação e/ou Significativo (quando aplicável)	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Comprovativo da morada (quando aplicável)	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Declaração de IRS (anexos e nota de liquidação)	____/____/____		
<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: _____	____/____/____		

SE O/A ENCARREGADO 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), (POR FORMA A NÃO ANULAR A CANDIDATURA):

DOCUMENTAÇÃO RELATIVA AO AGREGADO FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> Declaração de IRS (anexos e nota de liquidação)	<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: ____/____/____	

B – CÁLCULO DA MENSALIDADE / PARTICIPAÇÃO FAMILIAR (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS)

NOME	PARENTESCO	RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR
	Subtotal:	
	Outros rendimentos:	
	Total:	

DESPESAS MENSAS 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:	

CÁLCULO DA MENSALIDADE/COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR

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

N

Estabelecimento de Educação Pré-escolar:

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

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

Escalões de rendimento mensal *per capita* 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: _____, _____ € (_____)

Parecer da Direção: _____ . Data: ____ / ____ / ____