

| | |
|--|----------------------------------|
| (A preencher pelos serviços) | 9. RENOVAÇÃO DE INSCRIÇÃO |
| DATA INSCRIÇÃO ___/___/20___ | ___/___/___ |
| Inscrito noutra Resposta Social: LAR ___ SAD ___ | ___/___/___ |
| UTENTE N.º: _____ | ___/___/___ |
| DATA ENTRADA: ___/___/20___ | ___/___/___ |
| MENSALIDADE ATRIBUÍDA: € _____, ____ | ___/___/___ |
| DATA DE SAÍDA: ___/___/20___ | ___/___/___ |

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

N.º de Identificação CC/BI: _____ NISS n.º _____

NIF n.º: _____ N.º de Utente SNS: _____

Morada: _____ Cód. Postal: ___ - ___

Telefone de Casa: _____ Telemóvel: _____

Data de Nascimento ___/___/___ Idade: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade do Idoso: Freguesia: _____ Concelho: _____

2. SITUAÇÃO FAMILIAR:

Vive só? Sim Não

Se não, nome: _____ Grau de parentesco: _____

Tem filhos? Sim Não

Familiar a frequentar a Instituição? _____ Resposta Social _____

3. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA:

Reforma (s), Complemento Solidário para Idoso / Outros complementos.....€ _____, ____

Outros rendimentos regulares mensais/anuais.....€ _____, ____

Despesas mensais fixas com saúde (doenças crónicas)€ _____, ____

Possui casa própria? _____ Se respondeu não, renda mensal.....€ _____, ____

4. SITUAÇÃO FÍSICA / FUNCIONAL

Autónimo Dependente: Parcial Total

5. PREVISÃO DE ENTRADA: Curto Prazo Médio Prazo Longo Prazo

6. TRANSPORTE: Sim Não

7. MOTIVO DO PEDIDO: _____

8. RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO (não sendo o próprio)

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Telemóvel: _____

Residência: _____ Telefone: _____

Local de trabalho: _____ E-mail: _____

Assinatura do Idoso/Responsável

Assinatura do Funcionário

_____/_____/20___

_____/_____/20___

⇒ Obrigatório o preenchimento completo desta ficha, sob pena de anulação da mesma, assim como a sua renovação anual.
⇒ Os dados recolhidos servem única e exclusivamente para estabelecer as diligências necessárias à frequência do utente nos nossos serviços. A Instituição garante o sigilo e a privacidade dos dados recolhidos.