



Exm^o (a) Senhor(a):

Dado que o nome de V. Ex^a se encontra na nossa lista de pré-inscritos, inscrição essa realizada por si ou por algum Técnico com quem terá contactado, junto lhe remetemos o "Dossier de Candidatura De Cliente" que nos deverá devolver depois de devidamente preenchido, e com a maior brevidade.

Chama-se a atenção para o facto de haver ainda a possibilidade de inscrever novos clientes, mesmo que não tenham feito a pré-inscrição. Todo o dossier deve ser preenchido com letra bem legível, em particular o Relatório Médico. Para tal peça ao seu médico que **escreva legivelmente ou**, melhor ainda, que envie o **relatório dactilografado. Todas as questões devem ser respondidas**, e são de carácter **obrigatório** as que se referem á **patologia** (doença) do utente. O dossier deve ser **devolvido para: Fundação "Padre José Miguel" - Rua da Vinha n.º1 6320 – 651 Soito Telefone: 271 605 106.**

O processo de selecção dos clientes candidatos compõe-se de uma primeira fase de análise do dossier de candidatura, seguindo-se-lhe uma última fase em que os clientes seleccionados irão residir no Lar durante um período de adaptação. Só após este período será decidido, pela Administração e sob parecer da Equipa Técnica, da permanência do cliente no Lar.

Os clientes seleccionados serão avisados, e só estes, do dia de apresentação no Lar para se cumprir a segunda fase de selecção.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. Artur Pereira

Presidente da Associação

FUNDAÇÃO “PADRE JOSÉ MIGUEL”

(Instituição P. de Solidariedade Social)
N.I.F.: 514.109.793

Centro Social Pe. José Miguel

**LAR RESIDENCIAL PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA**

DOSSIER DE INSCRIÇÃO DO CLIENTE

(a ser preenchido, em LETRA LEGÍVEL, pela FAMÍLIA)

SOITO

(Sabugal)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A presente “Ficha de Inscrição do Utente” é um questionário que pretende caracterizar o candidato á entrada no Lar para Pessoas Deficientes, promovido pela Fundação “Padre José Miguel”. A aceitação do questionário, pela Fundação, não obriga á aceitação do candidato pois só após análise da candidatura, pela Fundação, é que o candidato poderá, eventualmente, vir a dar entrada no Lar.

O Campo IV (Caracterização do Agregado Familiar) deve ser preenchido pelo Assistente Social que tem acompanhado o candidato. Caso não exista, deverá contactar o Centro Regional de Segurança Social ou a Instituição de saúde (Hospital, Centro de Saúde,...) mais próxima.

O Campo V (Saúde) deve ser, obrigatoriamente, preenchido pelo Médico Assistente, de preferência com experiência na área da deficiência.

Aconselha-se a máxima sinceridade no seu preenchimento, pois poderá haver necessidade de confirmar as informações fornecidas.

Preencha, e peça aos Técnicos atrás referidos, que preencham o questionário com **letra legível**.

DEFINIÇÕES

Para o ajudar a preencher o questionário:

Sub-Sistema: Tipo de organismo de protecção social em que se encontra inscrito (ADSE, Caixa de Previdência, SAMS,...) e que encontra referido no seu cartão de assistência médica.

Rendimento Anual Líquido – Total de TODOS os rendimentos (vencimentos, pensões,rendas, etc) que recebe, por ANO, depois de deduzidos os **impostos**.

Agregado familiar – Conjunto de pessoas que vivem debaixo do mesmo tecto

TMV – Telemóvel

FUNDAÇÃO “PADRE JOSÉ MIGUEL”

(Instituição P. de Solidariedade Social)

Sede: Rua da Vinha, 1 6320-651 SOITO
Tef: 271.605.106 Fax: 271.605.208

Processo Nº _____/____

Centro Social Pe. José Miguel**LAR RESIDENCIAL PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA****FICHA DE INSCRIÇÃO DO CLIENTE**

Processo nº: _____/____

Data de Admissão: ___/___/___

Conferido

por: _____
(a preencher pelo CSJM)**I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DEFICIENTE**

Nome: _____

Nome por que é tratado em casa: _____ no exterior: _____

Residência: _____

Cód. Postal: _____ Distrito: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Profissão anterior? _____

Nº Benef. da Segª Social: _____ Sub-Sistema: _____

Natural de: _____ Distrito: _____

Nome do PAI: _____

Profissão: _____ Hab. Académicas: _____

Nº Benef. da Segª Social: _____ Sub-Sistema: _____

Nome da MÃE: _____

Profissão: _____ Hab. Académicas: _____

Nº Benef. da Segª Social: _____ Sub-Sistema: _____

Endereço dos Pais: _____

_____ Código Postal: _____

Tlfs: Casa(____) _____ TMV: _____ Servº(____) _____

II- IDENTIFICAÇÃO DOS FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELO INTERNAMENTO NO LAR

1º Responsável

(preenchimento OBRIGATÓRIO)

Nome: _____

Endereço: _____

_____ Código Postal: _____

Tlfs: Casa(____)_____ TMV: _____ Servº(____)_____

Grau de parentesco:_____ Hab. Literárias: _____

Profissão: _____

Data Nascº: ____/____/____ Rendimtº Anual Líquido: _____\$

Assinatura:_____ Data: ____/____/____

2º Responsável

(preenchimento OBRIGATÓRIO)

Nome: _____

Endereço: _____

_____ Código Postal: _____

Tlfs: Casa(____)_____ TMV: _____ Servº(____)_____

Grau de parentesco:_____ Hab. Literárias: _____

Profissão: _____

Data Nascº: ____/____/____ Rendimtº Anual Líquido: _____\$

Assinatura:_____ Data: ____/____/____

Caracterização Familiar

Quantas pessoas habitam no agregado familiar do cliente? _____

Qual o grau de parentesco?_____

Se existe mais algum residente com deficiência, diga

Quem:_____ e Qual:_____

Qual o Rendimento Anual Líquido do agregado familiar? _____\$

Qual é a quantia mensal máxima que pode pagar para internar o utente no

Lar? (preenchimento OBRIGATÓRIO) _____\$

ACTUALMENTE O UTENTE ESTÁ A RESIDIR EM ALGUMA INSTITUIÇÃO?Se **SIM**:

Nome da Instituição: _____

Endereço: _____

Código Postal: _____ Tlfs: (____) _____

Nome do Técnico responsável: _____

Se **NÃO**:

Com quem está a residir: _____

Endereço: _____

Código Postal: _____ Tlfs: (____) _____

MOTIVO DA INSCRIÇÃO:

O QUE ESPERA QUE O LAR POSSA FAZER PELO CLIENTE?

ENCAMINHAMENTO

Tomou conhecimento da nossa Instituição através de:

Instituição de Saúde (Hospital, Centro de Saúde,...)

Nome: _____

Comunicação Social (Jornal, Rádio,...)

Nome: _____

Outro

Nome: _____

III - CARACTERIZAÇÃO DO CLIENTE

SONO

Que tipo de ajuda precisa para se deitar (despir, meter-se na cama...)

Dorme durante o dia: Sim Não

Se SIM, em que períodos do dia? _____

E quanto tempo aproximadamente? _____

A que horas adormece à noite? _____

Quantas horas dorme por noite? _____

Tem dificuldades em adormecer à noite? Sim Não

Se SIM, como proceder:

Acorda durante a noite? Sim Não

Dorme sozinho? Sim Não

Usa cama de grades? Sim Não

Toma medicação para adormecer? Sim Não

HIGIENE

Que tipo de ajuda precisa para realizar a sua higiene pessoal?

Quantas vezes Toma banho por semana? _____

Toma banho de chuveiro? Sim Não

Habitualmente que tipo de banho prefere? Banheira Chuveiro

Utiliza as instalações sanitárias? Sim Não

Sentindo necessidade de ser atendido, como se manifesta?

SEXUALIDADE

Data da próxima menstruação: ____/____/____

Faz saber que a menstruação chegou? Sim Não

Se SIM, como se expressa?

Usa algum método anticoncepcional? Sim Não

Se SIM, qual? _____

Masturba-se: Sim Não

Tem necessidade de vigilância sob o ponto de vista sexual?

Sim Não

Se SIM, porquê?

Descreva qual o seu comportamento sexual, habitual:

ALIMENTAÇÃO

Come sozinho? Sim Não

Se NÃO, diga como:

Faz uma alimentação normal? Sim Não

Se NÃO, que cuidados requer:

Alimentos preferidos:

Alimentos de que não gosta:

É alérgico a algum alimento? Sim Não

Se SIM qual:

Toma biberão? Sim Não

Se SIM, a que horas do dia: _____

Tem apetite: Sim Não

Come melhor com algum entretenimento? Sim Não

Se SIM, qual?

Qual o tipo de alimentação em casa?

Qual o número de refeições em casa? _____ Horário? _____

Quais? _____

RECREAÇÃO / ENTRETENIMENTO

Qual o tipo de actividades preferidas?

Qual o tipo de actividades de que não gosta:

Prefere estar

sozinho em grupo

Porquê?

Pode ocupar-se em alguma tarefa?

sim Não

Se NÃO, diga porquê:

Quais as actividades que gostaria de desenvolver no Lar?

VESTUÁRIO

Coopera quando o vestem ou despem? Sim Não

Precisa de ajuda a vestir/despir? Sim Não

Usa fraldas? Sim Não

quantas fraldas gasta por dia?____ Tamanho?_____

COMUNICAÇÃO

Comunica verbalmente? Sim Não

Se SIM, que palavras utiliza e qual o seu significado?

Se NÃO, que outras formas de comunicação utiliza?

DEPENDÊNCIA FÍSICA

Desloca-se sozinho? Sim Não

Desloca-se em cadeira de rodas? Sim Não

Desloca-se com ajuda? Sim Não

De que tipo?

COMPORTAMENTO

Tem um comportamento habitualmente:

apático	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
hiper-activo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
agressivo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
de auto-destruição	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
outro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Descreva-o:

Alguma vez tentou o suicídio?

Sim Não

Descreva o que se passou:

Pensa que o utente precisa de vigilância para não fugir?

Sim Não

Porquê?

FUNDAÇÃO “PADRE JOSÉ MIGUEL”

(Instituição P. de Solidariedade Social)

N.I.F.: 514.109.793

Centro Social Pe. José Miguel

**LAR RESIDENCIAL PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA**

RELATÓRIO SOCIAL

(a ser preenchido, em LETRA LEGÍVEL, por um Assistente Social)

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DEFICIENTE

Nome: _____

Residência: _____

Cód. Postal: _____ Distrito: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nº Benef. da Seg^a Social: _____ Sub-Sistema: _____

Tlfs: Casa(____) _____ TMV: _____ Servº(____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO

Nome: _____

Habilitações Literárias: _____

Tel: Servº(____) _____ Fax: (____) _____ TMV: _____

Serviço: _____

Endereço: _____

Código Postal: _____

I- CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

1. Caracterização sócio-familiar

3. Situação Económica

Rendimento **MENSAL** do Agregado Familiar

DO UTENTE	DA FAMÍLIA
Rendimento do Trabalho _____ \$ _____	Rendimentos do Trabalho _____ \$ _____
Pensão de Reforma _____ \$ _____	Pensões de Reforma _____ \$ _____
Pensão de Invalidez _____ \$ _____	Pensões de Invalidez _____ \$ _____
Pensão Social _____ \$ _____	Pensões Sociais _____ \$ _____
Abono de Família _____ \$ _____	Abonos de Família _____ \$ _____
Outros Subsídios _____ \$ _____	Outros Subsídios _____ \$ _____
Outros Rendimentos Quais? _____ _____ \$ _____	Outros Rendimentos Quais? _____ _____ \$ _____
TOTAL ANUAL _____ \$ _____	TOTAL ANUAL _____ \$ _____

Obsv.: _____

—

Data: ____/____/____

Categoria Profissional: _____

Assinatura: _____

FUNDAÇÃO “PADRE JOSÉ MIGUEL”
(Instituição P. de Solidariedade Social)
N.I.F.: 514.109.793

Centro Social Pe. José Miguel

***LAR RESIDENCIAL PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA***

RELATÓRIO MÉDICO

(DACTILOGRAFADO a ser preenchido pelo Médico Assistente)

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DEFICIENTE

Nome: _____

Residência: _____

Cód. Postal: _____ Distrito: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nº Benef. da Seg^a Social: _____ Sub-Sistema: _____

Tlfs: Casa(____) _____ TMV: _____ Servº(____) _____

I- SAÚDE**MÉDICO ASSISTENTE DA PESSOA DEFICIENTE**

Nome: _____

Morada: _____

_____ Código Postal: _____

Telf: Casa(____) _____ Servº(____) _____ TMV: _____

Serviço: _____ E

specialidade: _____ Nº Inscrição na Ordem: _____

DEFICIÊNCIA E SAÚDE

Denominação da Deficiência

Como se caracteriza?

Cuidados especiais que requer a Deficiência:

Cuidados especiais que requer a Saúde:

Controlo esfinteriano:

Sim Não

Em caso de obstipação, como proceder?

Doenças Infecto-Contagiosas:

Tem conhecimento de algum motivo que desaconselhe o internamento do cliente em Lar Residencial? Se SIM, diga Qual e Porquê:

Deve permanecer em enfermaria:

Sim Não

O cliente toma algum tipo de medicação?

Sim Não

Se SIM, diga qual:

DESIGNAÇÃO:	
Indicações	
Posologia	

Obsv.:	
--------	--

DESIGNAÇÃO:	
Indicações	
Posologia	
Obsv.:	

DESIGNAÇÃO:	
Indicações	
Posologia	
Obsv.:	

