

Data Fecho do Processo: ___/___/___

Desistência, motivo:

Falecimento

Outra, Qual _____

Ficha de Inscrição N°: _____

Data do Pedido de Internamento: ___/___/___

N°. Processo Social: _____

Identificação Pessoal

Nome: _____

Filiação: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Naturalidade: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

Documento de Identificação n°: _____ N° Contribuinte: _____

N° Segurança Social: _____

Residência: _____

Código Postal: _____-_____ _____

Telemóvel. _____

Dados Profissionais

Habilitações Literárias: _____

Profissão que Exercia: _____

Observações

Dados sobre a Saúde

Qual o Sub Sistema de Saúde:

S.N.S.
ADSE
Outro Qual: _____

Número de Utente: _____

Centro de Saúde a que recorre habitualmente: _____

Médico de Família: _____ Outro Médico assistente: _____

Problemas de Saúde:

Reumáticos:	<input type="checkbox"/>	Respiratórios:	<input type="checkbox"/>
Ósseos:	<input type="checkbox"/>	Aparelho Locomotor:	<input type="checkbox"/>
Génito-Urinários	<input type="checkbox"/>	Limitações físicas incapacitantes:	<input type="checkbox"/>
Circulatórios:	<input type="checkbox"/>	Infecto-Contagiosas	<input type="checkbox"/>
Aparelho Digestivo:	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Cardíacos:	<input type="checkbox"/>	Cancerígenas:	<input type="checkbox"/>
Neurológicos:	<input type="checkbox"/>	Demência:	<input type="checkbox"/>
Alergias:	<input type="checkbox"/>	Padrões de Sono:	<input type="checkbox"/>
Depressivos:	<input type="checkbox"/>	Auditivos:	<input type="checkbox"/>
Visão:	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

Última vez que foi ao médico: _____

Última vez que fez análises: _____

Deficiências / Incapacidades:

Motora: Visual: Auditiva:
Verbal: Mental: Outra:

Observações: _____

Causas: Congénita:
 Adquirida:

Avaliação Sumária da Funcionalidade do Candidato/a:

	<u>Autónomo</u>	<u>Necessita de Apoio Pontual</u>	<u>Necessita de Apoio Permanente</u>
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de imagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir ao WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao Exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação de Tempos Livres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Limitação na participação nas Actividades de Grupo? _____

Actividades de Ocupação

Como costuma ocupar o seu tempo livre? _____

O que gostaria de fazer para ocupar o seu tempo livre na Instituição? _____

Situação Económica

Receitas:

Tipo	Montante
Pensão Social por Invalidez	
Pensão Social	
Reforma por Invalidez	
Reforma	
Subsídio Assistência de 3ª Pessoa	
Pensão de Sobrevivência	
Outros	

Rendimento Disponível: _____

Situação Social

Foi encaminhado/a por outra Instituição:

Sim: Qual: _____

Não:

Motivos do Pedido de Internamento:

Saúde Dependência

Dificuldades Económicas Habitação Degradada

Problemas Familiares Isolamento

Outros: _____

Já esteve/está noutra Instituição?

Sim: Qual? _____ Pessoa de Contacto: _____

Não:

Que tipo de serviço usufrui:

Lar: Centro de Dia: Apoio Domiciliário: Outro:

Com que periodicidade:

Diário e Permanente: Diário Pontual: Pontual: Inexistente:

Situação Familiar

Tem família? Sim Não

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Nome	Idade	Ocupação

Outros Familiares mais próximos: _____

Com quem habita actualmente:

Vive só Vive com marido/esposa Vive com o(s) filho(s)

Vive com outros familiares Quem? _____

Tem alguém da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento:

Sim: Quem? _____

Não:

Contactos

Responsável pelo Internamento:

Nome: _____ Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Telefone: _____

E-Mail: _____ T.M. : _____

Outros Familiares ou Amigos de Contacto:

Nome: _____ Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Telefone: _____

T.M. _____

Nome: _____ Parentesco: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Telefone: _____

T.M. _____

Data: ____/____/____

CONSENTIMENTO, PROTEÇÃO E PROCESSAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

De acordo com a legislação aplicável sobre proteção de dados pessoais e com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da Comissão europeia - 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de abril de 2016, a Cáritas Diocesana de Lisboa informa que, todos os dados solicitados têm como finalidade a organização administrativa dos processos individuais dos residentes no Lar da Bafureira, a preservação dos seus interesses vitais, bem como o cumprimento das obrigações legais.

Dada a natureza da atividade do Lar da Bafureira, existe a necessidade de transferir os dados pessoais dos residentes, de acordo com a legislação em vigor, a outras entidades públicas ou privadas, para efeitos de obtenção de apoios sociais e para a melhor gestão dos processos, no interesse do residente.

O Interessado/Responsável pelo Internamento do residente têm o dever de manter atualizados os dados pessoais da presente ficha, devendo para tal dirigir-se ao Lar da Bafureira presencialmente ou por mail - direcao.lar@caritalisboa.pt sempre que houver alterações.

Estes dados serão mantidos enquanto durar a relação do residente com a Cáritas e posteriormente enquanto for necessário legalmente, ou no mútuo interesse, e serão tratados de acordo com a política de privacidade da Cáritas Diocesana de Lisboa garantindo os direitos do Titular dos Dados.

Assinatura do Interessado/ Responsável pelo Internamento

Data: ____/____/_____

Qualquer contacto com a Caritas Diocesana de Lisboa no âmbito do processamento dos dados pessoais deverá ser dirigido à Diretora Técnica.

Contato Telefónico: 214 570 075 E-mail: direcao.lar@caritalisboa.pt