

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Inscrição n.º _____
Data: ____ / ____ / ____

Nome completo: _____		Género: _____	
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade: ____ Anos	Ocupação: _____	
Morada: _____ _____			
Código Postal: _____ - _____		Concelho: _____	
Contactos telefónicos: _____			
N.º Identificação Civil	N.º Cartão de Utente (SNS)	N.º Identificação Segurança Social (NISS) / Outro Subsistema de Proteção Social	N.º Identificação Fiscal (NIF)
_____	_____	_____	_____

IDENTIFICAÇÃO DOS PROGENITORES E RESPONSÁVEIS LEGAIS

(Preencher apenas no caso de clientes menores de 18 anos ou em regime de tutela ou curatela)

Nome do pai: _____		Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
Habilitações Literárias: _____		Profissão / Ocupação: _____	
Morada: _____ _____			
Código Postal: _____ - _____		Concelho: _____	
Contactos telefónicos: _____			
Nome da mãe: _____		Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
Habilitações Literárias: _____		Profissão / Ocupação: _____	
PREENCHER APENAS SE A MORADA FOR DIFERENTE DA DO PAI			
Morada: _____ _____			
Código Postal _____		Concelho _____	
Contactos telefónicos: _____			
Situação civil dos progenitores: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Outra: _____			

RESPONSÁVEIS LEGAIS

O(a) candidato(a) é responsável pelos seus próprios atos e tomada de decisões? Sim Não

Se respondeu negativo, quem são os responsáveis legais do(a) candidato(a)?

Os pais O pai A mãe Outro(s) _____

A PREENCHER NO CASO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS NÃO SER NENHUM DOS PROGENITORES – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Parentesco / Relação: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão / Ocupação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Concelho: _____

Contactos telefónicos: _____

ENCAMINHAMENTO E INSCRIÇÃO

O(a) candidato(a) tomou a iniciativa própria de proceder à sua inscrição?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O(a) candidato(a) foi encaminhado por alguma Entidade / Instituição?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O(a) candidato(a) foi encaminhado por amigos ou conhecidos (rede informal)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Nome da pessoa / Entidade ou Instituição que encaminhou: _____

Profissão e Ligação com o(a) candidato(a): _____

Localidade: _____

Contacto(s) telefónico(s): _____

Motivo(s) da Inscrição:

INFORMAÇÃO SOBRE A DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE(S)

O(a) candidato(a) possui Atestado Médico de Incapacidade Multiuso ou Cartão de Deficiente das Forças Armadas e Relatório / Informações Médicas de Diagnóstico?

Sim <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
Não <input type="checkbox"/>	Reunir condições de entrega do Atestado Médico de Incapacidade Multiuso e relatório médico de diagnóstico antes do momento formal de admissão.

NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA PESSOAL

NECESSIDADES BÁSICAS	NECESSIDADES DOMÉSTICAS
<input type="checkbox"/> Higiene Pessoal <input type="checkbox"/> Ida ao WC <input type="checkbox"/> Levantar/Deitar <input type="checkbox"/> Vestir/Despir <input type="checkbox"/> Alimentar-se (não inclui preparação/confeção de refeições) <input type="checkbox"/> Manutenção da saúde (administração de medicação) <input type="checkbox"/> Não necessito de assistência ao nível das necessidades básicas	<input type="checkbox"/> Confeção/preparação de refeições <input type="checkbox"/> Compras <input type="checkbox"/> Limpeza da habitação <input type="checkbox"/> Organização doméstica <input type="checkbox"/> Tratamento de roupas (lavar, passar a ferro,...) <input type="checkbox"/> Não necessito de assistência para as tarefas domésticas
EDUCAÇÃO/TRABALHO	ATIVIDADES DE LAZER/ÓCIO
<input type="checkbox"/> Apoio nas deslocações <input type="checkbox"/> Apoio nas deslocações no local de trabalho/em trabalho <input type="checkbox"/> Apoio nas deslocações no local onde estudo <input type="checkbox"/> Apoio na atividade laboral (pegar em documentos, posicionamento de equipamentos para usar, etc) <input type="checkbox"/> Apoio para estudar (tirar apontamentos, pegar em livros, etc) <input type="checkbox"/> Idas à casa de banho no local de estudo/trabalho <input type="checkbox"/> Refeição no local de estudo/trabalho <input type="checkbox"/> Não necessito de assistência para estudar /ou trabalhar	<input type="checkbox"/> Apoio nas deslocações <input type="checkbox"/> Apoio em atividades de lazer <input type="checkbox"/> Idas à casa de banho <input type="checkbox"/> Apoio nas refeições <input type="checkbox"/> Não necessito de assistência em atividades de lazer
COMUNICAÇÃO	ORGANIZAÇÃO/PARTICIPAÇÃO E CIDADANIA
<input type="checkbox"/> Intérprete de Língua Gestual <input type="checkbox"/> Mediador <input type="checkbox"/> Apoio no uso de tecnologias de comunicação <input type="checkbox"/> Não necessito de assistência para comunicar	<input type="checkbox"/> Apoio à organização em casa (organizar tarefas domésticas, listas de compras, etc) <input type="checkbox"/> Apoio à organização do dia-a-dia (planear o dia seguinte, verificar agenda, etc) <input type="checkbox"/> Apoio à organização das finanças pessoais (pagar contas, verificar saldos, verificar subsídios, etc) <input type="checkbox"/> Não necessito de assistência em questões de organização
OUTRAS	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Refira quais as necessidades e prioridades que mais sente:

Expresse as expectativas ou aspirações em caso de admissão e atendimento como cliente no CAVI:

Em caso de admissão e posterior atendimento como cliente no CAVI, diga qual/quais o(s) dia(s) da semana e horário(s) que mais o(a) beneficiaria para o apoio dos nossos serviços.

VALIDADE E TERMO DE ACEITAÇÃO DA INSCRIÇÃO

A Ficha de Inscrição será válida até ocorrer alguma alteração significativa relacionada com a identificação ou caracterização do(a) candidato(a) ou significativos. Declaro, para os devidos efeitos, que tomei conhecimento e me comprometo a informar o CAVI, sempre que ocorram essas alterações.

Declaro ainda que as informações que prestei são verdadeiras e que não me estou a candidatar à Assistência Pessoal em mais do que um CAVI ao mesmo tempo.

Tomo conhecimento que os meus dados pessoais serão tratados e mantidos pelo CAVI, para os efeitos devidos da organização do meu processo individual enquanto cliente.

Aceito que o CAVI partilhe os meus dados com as organizações governamentais envolvidas no processo.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Candidato(a) / Encarregado de Educação / Representante Legal ou outro significativo

INSCRIÇÃO RECEBIDA POR: _____

DATA: ____/____/____