

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Inscrição nº _____

Data: ____ / ____ / ____

Nome completo: _____ | Género: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ | Idade: _____ Anos | Nome a ser tratado: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ | Concelho _____

Contactos telefónicos: _____ | E-mail: _____

Reside com:

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)
_____	_____	_____	_____

Associado da APCVC: Não Sim N.º: _____

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

Sim Quem? _____ Não

IDENTIFICAÇÃO DOS PROGENITORES E ACOMPANHANTE/S LEGAIS

Nome do pai: _____ | Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Habilitações Literárias: _____ | Profissão / Ocupação: _____

Nome da mãe: _____ | Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Habilitações Literárias: _____ | Profissão / Ocupação: _____

PREENCHER APENAS SE A MORADA FOR DIFERENTE DA DO CANDIDATO

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ | Concelho: _____

Contactos telefónicos: _____ E-mail: _____

Situação civil dos progenitores: Casados | Divorciados | Outra: _____

ACOMPANHANTES LEGAIS / RESPONSÁVEIS

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

Encontra-se estabelecido o Regime Jurídico de Maior Acompanhado? Sim | Não

Quem são os responsáveis legais / Acompanhante do(a) candidato(a)?

Os pais | O pai | A mãe | Outro(s) _____

Quais as áreas designadas para acompanhamento e a quem se encontram atribuídas? _____

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

Nome completo: _____

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

Habilitações Literárias: _____ Profissão / Ocupação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ | Concelho: _____

Contactos telefónicos: _____

ENCAMINHAMENTO E INSCRIÇÃO

O(a) candidato(a)/representante legal/acompanhante tomou a iniciativa própria de proceder à inscrição?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--	---

O(a) candidato(a) encontra-se a frequentar outro CACI? Se sim, qual? _____	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"/>
--	---

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)

Atestado Médico de Incapacidade Multiusos: Não | Sim com _____ % de incapacidade.

Diagnóstico / Deficiência ou Incapacidade: _____

Congénita Adquirida

Outras informações relevantes: _____

GRAU DE FUNCIONALIDADE / AUTONOMIA

ALIMENTAÇÃO	HIGIENE PESSOAL E VESTIR/DESPIR
<input type="checkbox"/> Totalmente Dependente <input type="checkbox"/> Necessita de apoio apenas para preparar alimentos <input type="checkbox"/> Independente Com Produtos de apoio <input type="checkbox"/> Independente Sem Produtos de apoio	<input type="checkbox"/> Totalmente Dependente <input type="checkbox"/> Necessita de apoio pontual e realiza parte da tarefa sozinho <input type="checkbox"/> Independente Com Produtos de apoio <input type="checkbox"/> Independente Sem Produtos de apoio
UTILIZAÇÃO DO WC	DESLOCAÇÕES
<input type="checkbox"/> Totalmente Dependente (utiliza fralda) <input type="checkbox"/> Necessita de apoio pontual e realiza parte da tarefa sozinho <input type="checkbox"/> Independente Com Produtos de apoio <input type="checkbox"/> Independente Sem Produtos de apoio	<input type="checkbox"/> Totalmente Dependente, deslocando-se em cadeira de rodas empurrada por terceiros <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente de terceiros (apoio pontual nas deslocações) <input type="checkbox"/> Independente Com Produtos de apoio (cadeiras de rodas, andarrilho, canadianas...) <input type="checkbox"/> Independente Sem Produtos de apoio
TRANSFERÊNCIAS	COMUNICAÇÃO
<input type="checkbox"/> Totalmente Dependente <input type="checkbox"/> Necessita de apoio pontual <input type="checkbox"/> Independente Com Produtos de apoio <input type="checkbox"/> Independente Sem Produtos de apoio	<input type="checkbox"/> Comunica sem problemas <input type="checkbox"/> Comunica com problemas de articulação, mas a fala é perceptível <input type="checkbox"/> Comunica com problemas graves de articulação, mas a fala é apenas perceptível por familiares <input type="checkbox"/> Não fala mas utiliza sistema de comunicação (tabela, computador, entre outros) <input type="checkbox"/> Comunica com o olhar/expressão facial

Necessita de alimentação adaptada? Sim | Não _____

Tem crises de epilepsia regularmente? Sim | Não _____

Faz medicação diária? Sim | Não _____

Outras necessidades de saúde específicas? Sim | Não _____

Manifesta alterações de comportamento significativas? Sim | Não _____

Expresse as **expectativas, necessidades ou aspirações** em caso de admissão e atendimento como cliente no CACI:

Em caso de admissão no CACI, qual/ quais o/ os **sonhos e projetos de futuro do candidato?**

Em caso de admissão no CACI, necessita de transporte? Sim | Não

PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO

Nome: _____ Relação parentesco: _____

Contatos Telefônicos: _____ | _____ e-mail: _____

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 CACI, sempre que ocorram essas alterações. Declaro ainda que as informações que prestei são verdadeiras.

Tomo conhecimento que os meus dados pessoais serão tratados e mantidos pelo CACI, para os efeitos devidos da organização do meu processo individual enquanto cliente. Aceito que o CACI partilhe os meus dados com as organizações governamentais envolvidas no processo.

Data: ____ / ____ / ____	Assinatura _____ (Candidato(a) / Acompanhante Legal ou outro significativo)
--------------------------	---

INSCRIÇÃO RECEBIDA POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____

AGENDAMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL

Avaliação Inicial de Requisitos (Direção Técnica e Serviço Social)	Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Horas ____ Minutos
--	---