

Ficha de Pré-Inscrição – Serviço de Apoio Domiciliário

Data de inscrição: __/__/__

Dados de Identificação do Beneficiário

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/__ ____anos Estado Civil _____

Morada: _____ Cód. Postal _____

Freguesia: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

E-mail: _____

B.I/C.C: _____ Data de Validade: __/__/__

Nº Identificação Fiscal: _____ Nº Segurança Social: _____

Nº Utente de Saúde _____ Nº Sócio: _____

Familiar Responsável/ Responsável Legal

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/__ ____anos Parentesco: _____

Morada: _____

Telemóvel: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

B.I/C.C: _____ Data de Validade: __/__/__

Nº Identificação Fiscal: _____

Constituição do Agregado Familiar		
Nome:	Idade:	Parentesco

Cuidados necessários				
	Selecionar	Quando?		Horário Preferencial
		Semana	Fim de Semana	
Higiene Total				
Higiene Parcial				
Apoio na alimentação				
Apoio na ingestão de medicação				
Organização de medicação				
Higiene habitacional				
Outro. Qual?				

P.S: Salva-guarda-se que o horário preferencial poderá não ser o horário final, contudo teremos em consideração o pretendido pelo beneficiário e familiar/representante legal.

Motivo do pedido

Assinatura: _____