



**CENTRO SOCIAL PARA O  
DESENVOLVIMENTO DO SOBRALINHO  
FICHA DE INSCRIÇÃO – APOIO DOMICILIÁRIO**

**Dados do Utente**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Estado Civil: SOL \_\_\_\_\_ DIV \_\_\_\_\_ VIU \_\_\_\_\_ CAS \_\_\_\_\_ OUTRO \_\_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
NISS: \_\_\_\_\_ Nº de Contribuinte: \_\_\_\_\_ Nº BI/CC \_\_\_\_\_

**Informações Complementares do Utente**

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Nº de Cartão Utente Centro Saúde: \_\_\_\_\_  
Sistema de Saúde: \_\_\_\_\_  
Actividade Profissional Actual: \_\_\_\_\_ Rendimento Médio Mensal: \_\_\_\_\_  
Outros Rendimentos: \_\_\_\_\_

**Dados Agregado Familiar**

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
**Contacto Preferencial**  
Nome: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

**Dados do Responsável pelo Pagamento**

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco com o Utente: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Telefones de Contacto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nº de Contribuinte: \_\_\_\_\_

DECLARO QUE AS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE IMPRESSO SÃO VERDADEIRAS

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ASSINATURA RESPONSÁVEL PELO UTENTE

**IMPORTANTE:**

**No caso de faltarem documentos, a Inscrição manter-se-á pendente até à recepção de todos os documentos solicitados, exceto para o ponto 1.6. No entanto, o mesmo deverá ser entregue aquando da admissão.**

**A preencher pelos Serviços Administrativos**

**Nº de Utente:** \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Serviços Base

Assinale a/as opção/opções pretendida/as:

Serviço A \_\_\_\_ Serviço B \_\_\_\_ Serviço C \_\_\_\_ Serviço D \_\_\_\_ Serviço E \_\_\_\_

### Serviço A – Refeições Diárias

2ª Feira \_\_\_\_ 3ª Feira \_\_\_\_ 4ª Feira \_\_\_\_ 5ª Feira \_\_\_\_ 6ª Feira \_\_\_\_ Sábado \_\_\_\_ Domingo \_\_\_\_

### Serviço B – Higiene Pessoal

2ª Feira \_\_\_\_ 3ª Feira \_\_\_\_ 4ª Feira \_\_\_\_ 5ª Feira \_\_\_\_ 6ª Feira \_\_\_\_ Sábado \_\_\_\_

### Serviço C – Higiene Habitacional

2ª Feira \_\_\_\_ 3ª Feira \_\_\_\_ 4ª Feira \_\_\_\_ 5ª Feira \_\_\_\_ 6ª Feira \_\_\_\_ Sábado \_\_\_\_

Serviços Adicionais:

Serviço D – Tratamento de Roupas

Serviço E – Serviços Adicionais

Disponível 1 vez por semana e apenas para utentes que usufruem de pelo menos 1 dos Serviços Base.

Os valores variam em função do nº de serviços prestados e da distância percorrida.

Os serviços de Apoio Domiciliário não funcionam aos Domingos e Feriados.

DECLARO QUE TOMEI CONHECIMENTO DOS SERVIÇOS BASE / ADICIONAIS E QUE AS OPÇÕES ASSINALADAS CORRESPONDEM AO PRETENDIDO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO UTENTE OU DO RESPONSÁVEL PELO UTENTE

## CONDIÇÕES DE INSCRIÇÃO APOIO DOMICILIÁRIO

### INSCRIÇÃO – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 1.1. Apresentação do BI ou Cartão de Cidadão.
- 1.2. Comprovativo de Número do Cartão de Utente do Centro de Saúde.
- 1.3. Comprovativo do Nº de Beneficiário (NISS).
- 1.4. Comprovativo do Nº de Contribuinte.
- 1.5. Comprovativo de rendimentos do agregado familiar.
- 1.6. Relatório Clínico do Médico de Família

### DECLARAÇÃO – REGULAMENTO GERAL PROTEÇÃO DE DADOS

Declaração ao abrigo do regulamento Geral sobre Proteção de Dados, aprovado pelo Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, que dou o consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e o tratamento dos meus dados pessoais para a finalidade que consta desta Proposta de inscrição de sócio, ficando os mesmos disponíveis na base de dados do CSPDS, pelo período de 10 anos, e que enquanto titular dos dados pessoais, é-me garantido o direito de acesso, atualização, retificação e eliminação desses mesmos dados, ficando o responsável pelos dados recolhidos e o respetivo tratamento, o Presidente do CSPDS, ou quem este indicar.

\_\_\_\_\_