



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.
