



### 3. Dados de Identificação e contacto (s) da(s) pessoa(s) próxima(s) do candidato <sup>1</sup>

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco / Relação<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco / Relação \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_

- Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim \_\_\_\_ . Quem? \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### 4. Rede Social de Suporte

O Candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver Atividades da Vida Diária? não \_\_\_\_ sim \_\_\_\_

Comunicação com os semelhantes: Cegueira \_\_\_\_ Surdez \_\_\_\_ Mudez \_\_\_\_ N/A \_\_\_\_

Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio? Sim \_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_

É detentor de Atestado Medico de Incapacidade multiuso? não \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ grau \_\_\_\_\_

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato: SAD \_\_\_\_ Centro de Dia \_\_\_\_ Outro serviço \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_

Frequência: Diária/permanente \_\_\_\_ Diário/pontual \_\_\_\_ Inexistente \_\_\_\_ Identifique a entidade/organização \_\_\_\_\_

### 5. Assinaturas

Candidato \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Representante Legal/tutor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Representante da Instituição \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



#### Proteção de Dados

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços administrativos e técnicos da Casa dos Pobres de Coimbra e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

A Casa dos Pobres de Coimbra compromete-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da legislação em vigor sobre a proteção de dados

<sup>1</sup> Pessoa (s) próxima (s) – responsável legal/tutor, familiares, vizinho (a), voluntário (a), outro

<sup>2</sup> Parentesco – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão (ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro.

**DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS**

**6. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários? Sim \_\_\_ Não \_\_\_**

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão	_____	Data de entrega	_____
Nº de Contribuinte	_____	Data de entrega	_____
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	_____	Data de entrega	_____
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	_____	Data de entrega	_____
Outros, especificar:	_____	Data de entrega	_____

**7. Registo de Comunicação referente a inscrição**

<b>Data: _____</b>	<b>Pessoa contactada</b>	<b>Motivo</b>	<b>Resultado/compromisso</b>	<b>Rubrica</b>
<i>Tipo de contato</i> Presencial: __ Telefone: __ Mail: __	__ Candidato __ Família __ Outra	__ atualiz.de dados/doc's __ Continuidade da inscrição na ERPI __ Desistência da inscrição na ERPI __ Visita domiciliária __ Admissão na ERPI		
<i>Tipo de contato</i> Presencial: __ Telefone: __ Mail: __	__ Candidato __ Família __ Outra	__ atualiz.de dados/doc's __ Continuidade da inscrição na ERPI __ Desistência da inscrição na ERPI __ Visita domiciliária __ Admissão na ERPI		
<i>Tipo de contato</i> Presencial: __ Telefone: __ Mail: __	__ Candidato __ Família __ Outra	__ atualiz.de dados/doc's __ Continuidade da inscrição na ERPI __ Desistência da inscrição na ERPI __ Visita domiciliária __ Admissão na ERPI		
<i>Tipo de contato</i> Presencial: __ Telefone: __ Mail: __	__ Candidato __ Família __ Outra	__ atualiz.de dados/doc's __ Continuidade da inscrição na ERPI __ Desistência da inscrição na ERPI __ Visita domiciliária __ Admissão na ERPI		



**PARA MARCAÇÕES DE ATENDIMENTO:**

tlf. 239822606

geral@casadospobresdecoimbra.com

## **Listagens de documentos a anexar a Ficha de Inscrição**

Para efeitos de candidatura, o candidato a utente ou seu representante deverá fazer a sua inscrição através do **preenchimento da Ficha de Inscrição** (Identificação)

Serão considerados inscritos os candidatos, após entrega da Ficha de Inscrição preenchida na sua totalidade acompanhada de cópia dos seguintes documentos:

1. Cartão de Cidadão ou do candidato e/ou do representante legal, quando necessário, se não tiver:
  - Bilhete de Identidade do candidato e/ou do representante legal, acompanhado por;
  - Cartão de Contribuinte do candidato e/ou do representante legal, quando necessário;
  - Cartão com o nº da Segurança Social, Pensionista ou de outro subsistema;
2. Ficha de Identificação de Utente do Serviço Nacional de Saúde **ou** de Subsistema a que a utente pertença (a solicitar no secretariado do Centro de Saúde);
3. Relatório Médico comprovativo do historial clínico do candidato a utente e do seu atual estado geral de saúde;
4. Declaração de reconhecimento da situação de demência emitida por médico da especialidade de neurologia ou de psiquiatria. (quando aplicável) ;
5. Certidão da sentença judicial que determine o representante legal/ tutor (quando aplicável);
6. Recibo atualizado da reforma, subsídio ou pensão;
7. Comprovativo dos Rendimentos (Última Declaração de IRS, Anexos e respetiva Nota de Liquidação) do candidato a utente, do agregado familiar e dos descendentes ou herdeiros legais;

Se a Ficha de Inscrição (Identificação) não estiver completa e/ou a documentação solicitada não tiver sido fornecida, dar-se-á o processo como pendente, definindo o prazo de 5 dias para a entrega da informação / documentação em falta. Findo esse prazo a Ficha é definitivamente arquivada.

Em caso de dúvida poderão ser solicitados outros documentos comprovativos.

As inscrições são válidas apenas pelo período de um ano civil, se não houver atualização a inscrição será anulada.

O período de candidatura decorre todos os dias úteis ao longo do ano, no horário compreendido entre as 10H00 e as 12H00 e entre as 14H00 e as 16H00.