

Data de candidatura ____ / ____ / ____

Dados a preencher pelo / com o candidato e/ou significativos

1. Dados de identificação

Nome completo

Nome a ser tratado

Data de nascimento

Sexo

Idade

Morada

Código Postal

Telefone Casa

BI/CC

Telemóvel

Email

NIF

NISS

SNS

2. Tenho alguém que seja da sua relação próxima a frequentar a APPACDM do Porto

Sim? Quem? _____

Não?

3. Estou abrangido pelo regime jurídico do Maior Acompanhado

SIM Nome do Acompanhante _____
Contacto _____

NÃO Quero indicar o nome de pessoa próxima _____
Contacto _____

4. Tenho Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

Sim? Grau de incapacidade atribuído _____ %

Não?

5. Qual é a minha deficiência ou incapacidade

Deficiência Intelectual

Deficiência Motora

Deficiência Sensorial (por exemplo cegueira, surdez)

6.Usufruo dos serviços de / ou estou integrado em: (identifique estabelecimento)

Apoio Domiciliário _____ Formação Profissional _____

Lar Residencial _____ CAO _____

Emprego Protegido _____ Acolhimento familiar _____

Escolaridade obrigatória _____ Outro Serviço _____

7.Sou beneficiário do subsídio de Assistência a Terceira Pessoa ou Complemento por dependência

SIM NÃO

8. Sou apoiado pela Ação Social SIM NÃO

9. Necessito de Apoio de Assistência Pessoal para a realização das seguintes atividades:

Atividades de Assistência Pessoal	SIM	NÃO
Apoio na higiene e cuidados pessoais (vestir/despir, banho, lavar os dentes, maquiagem, barbear....)		
Apoio na alimentação		

Apoio na manutenção da saúde (medicação, curativos, cuidados respiratórios....)		
Apoio na confeção de refeições (preparação)		
Apoio nas atividades domésticas (cuidados de higiene da casa)		
Apoio nas deslocações e transporte		
Apoio em contexto laboral, formação profissional, procura de emprego		
Apoio à frequência de ensino superior		
Apoio em atividades de cultura, lazer e desporto		
Apoio de mediação e comunicação		
Apoio ao planeamento de vida diária (viver sozinho/a)		
Apoio à participação e cidadania (associativismo, participação na vida política)		
Apoio à tomada de decisão		

10. Informações disponibilizadas

Regulamento Interno

Lista de documentos

Declaração de autorização de recolha de dados

11. Documentação entregue pelo candidato:

Declaração de autorização de recolha de dados

Atestado Médico Multiusos

Fotocópia de CC

Comprovativo regime jurídico do Maior Acompanhado

Relatórios médicos

12. Observações

13. Assinaturas

Candidato	Data
Representantes / Significativos	Data
Equipa Técnica CAVI	Data